FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928

# THÈSE

N° 338

POUR LE

## DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

PIERRE LELONG

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Interne des Asiles de la Seine

Né à Auxerre (Yonne), le 3 Décembre 1899

# Le Problème des Hallucinations

*Président de Thèse :* M. le Professeur HENRI CLAUDE.

PARIS

AU COMMERCE DES IDÉES

26, Boulevard Saint-Michel, 26

1928

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928

# THÈSE

N°.....

POUR LE

## DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

**PIERRE LELONG**

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Interne des Asiles de la Seine

Né à Auxerre (Yonne), le 3 Décembre 1899

---

# Le Problème des Hallucinations

---

*Président de Thèse* : M. le Professeur HENRI CLAUDE.

---

PARIS

AU COMMERCE DES IDÉES

26, Boulevard Saint-Michel, 26

1928

## I. — PROFESSEURS

| | |
|---|---|
| *Le Doyen* ..... | M. ROGER |

| | MM. |
|---|---|
| Anatomie ..... | ROUVIÈRE. |
| Anatomie médico-chirurgicale ..... | CUNÉO. |
| Physiologie ..... | ROGER. |
| Physique médicale ..... | STROHL. |
| Chimie organique et chimie générale ..... | DESGREZ. |
| Bactériologie ..... | LEMIERRE. |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale .. | BRUMPT. |
| Pathologie et thérapeutique générales ..... | Marcel LABBÉ. |
| Pathologie médicale ..... | SICARD. |
| Pathologie chirurgicale ..... | LECÈNE. |
| Anatomie pathologique ..... | ROUSSY. |
| Histologie ..... | CHAMPY. |
| Pharmacologie et matière médicale ..... | TIFFENEAU. |
| Thérapeutique ..... | LŒPER. |
| Hygiène ..... | Léon BERNARD. |
| Médecine légale ..... | BALTHAZARD. |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie .... | MÉNÉTRIER. |
| Pathologie expérimentale et comparée ..... | RATHERY. |
| Clinique médicale ..... | CARNOT.<br>BEZANÇON.<br>ACHARD.<br>WIDAL. |
| Hygiène et clinique de la première enfance .. | MARFAN. |
| Clinique des maladies des enfants ..... | NOBÉCOURT. |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale ..... | H. CLAUDE. |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | JEANSELME. |
| Clinique des maladies du système nerveux .. | GUILLAIN. |
| Clinique des maladies infectieuses ..... | TEISSIER. |
| Clinique chirurgicale ..... | DELBET.<br>HARTMANN.<br>LEJARS.<br>GOSSET. |
| Clinique ophtalmologique ..... | TERRIEN. |
| Clinique urologique ..... | LEGUEU. |
| Clinique d'accouchements ..... | BRINDEAU.<br>COUVELAIRE.<br>JEANNIN. |
| Clinique gynécologie ..... | J.-L. FAURE. |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie .. | OMBRÉDANNE. |
| Clinique thérapeutique médicale ..... | VAQUEZ. |
| Clinique oto-rhino-laryngologique ..... | SEBILEAU. |
| Clinique thérapeutique chirurgicale ..... | DUVAL. |
| Clinique propédeutique ..... | SERGENT. |
| Professeur sans chaire ..... | BRANCA. |

## II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

| | MM. |
|---|---|
| Pathologie médicale | ABRAMI. |
| Neurologie et Psychiâtrie | ALAJOUANINE. |
| Pathologie médicale | AUBERTIN. |
| Pathologie chirurgicale | BASSET. |
| Pathologie médicale | BAUDOUIN. |
| Physiologie | BINET. |
| Chimie biologique | BLANCHETIÈRE. |
| Pathologie chirurgicale | BROCQ. |
| Pathologie médicale | BRULÉ. |
| Pathologie chirurgicale | CADENAT. |
| Pathologie médicale | CHABROL. |
| Histologie | CHAMPY. |
| Pathologie médicale | CHIRAY. |
| Pathologie médicale | CLERC. |
| Hygiène | DEBRÉ. |
| Physique | DOGNON. |
| Pathologie médicale | DONZELOT. |
| Médecine légale | DUVOIR. |
| Obstétrique | ÉCALLE. |
| Pathologie médicale | FIESSINGER. |
| Pathologie expérimentale | GARNIER. |
| Pathologie chirurgicale | GATELLIER. |
| Pathologie médicale | HARVIER. |
| Urologie | HEITZ-BOYER. |
| Anatomie | HOVELACQUE. |
| Pathologie médicale | HUTINEL. |
| Parasitologie | JOYEUX. |
| Chimie biologique | LABBÉ (Henri). |
| Pathologie chirurgicale | LARDENOIS. |
| Oto-rhino-laryngologie | LEMAITRE. |
| Anatomie pathologique | LEROUX. |
| Obstétrique | LÉVY-SOLAL. |
| Pathologie mentale | LHERMITTE. |
| Pathologie médicale | LIAN. |
| Pathologie chirurgicale | MATHIEU. |
| Obstétrique | METZGER. |
| Pathologie chirurgicale | MONDOR. |
| Pathologie chirurgicale | MOURE. |
| Histologie | MULON. |
| Bactériologie | PHILIBERT. |
| Pathologie chirurgicale | QUÉNU. |
| Physiologie | RICHET Fils. |
| Dermatologie et syphiligraphie | SÉZARY. |
| Pathologie médicale | VALLERY-RADOT. (Pasteur) |
| Obstétrique | VAUDESCAL. |
| Ophtalmologie | VELTER. |
| Histologie | VERNE. |

## III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

### POUR LE SERVICE DES EXAMENS

| | MM. |
|---|---|
| Pathologie médicale | GOUGEROT. |
| Obstétrique | DEMELIN. |
| Obstétrique | LEQUEUX. |
| Obstétrique | GUENIOT. |
| Histologie | RETTERER. |
| Pathologie médicale | TANON. |
| Physique | ZIMMERN. |

## IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

### A TITRE PERMANENT

| | MM. |
|---|---|
| Clinique chirurgicale | AUVRAY. |
| Clinique chirurgicale | ALGLAVE. |
| Clinique chirurgicale | CHEVASSU. |
| Clinique médicale | LAIGNEL-LAVASTINE |
| Clinique obstétricale | LE LORIER. |
| Clinique médicale infantile | LEREBOULLET. |
| Clinique médicale | LÉRI. |
| Clinique chirurgicale | MOCQUOT. |
| Clinique chirurgicale | PROUST. |
| Clinique chirurgicale | SCHWARTZ. |
| Clinique médicale | VILLARET. |

## V. — CHARGÉS DE COURS

| | MM. |
|---|---|
| Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes | MAUCLAIRE, agrégé. |
| Stomatologie | FREY. |
| Education physique | CHAILLEY-BERT. |
| Radiologie clinique | LEDOUX-LEBARD. |

---

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

## Publications antérieures

1. R. Leroy et P. Lelong. — Idée fixe délirante concernant la personnalité du mari chez une débile. *Soc. cl. de méd. ment., séance du* 16 *février* 1925.
2. R. Leroy et P. Lelong. — Purpura par carence chez une aliénée mélancolique. *Soc. méd. psych., séance du* 23 *février* 1925.
3. P. Lelong. — Hallucinations lilliputiennes récidivant à chaque période menstruelle. *Soc. méd. psych. séance du* 30 *mars* 1925.
4. P. Guiraud et P. Lelong. — Myoclonies et poliomyélite chez un malade atteint d'hébéphrénie depuis plusieurs années. *Soc. clin. de méd. ment., séance du* 19 *avril* 1926.
5. G. Heuyer et P. Lelong. — Un cas d'automatisme mental chez un ancien obsédé. *Soc. de Psychiatrie, séance du* 18 *novembre* 1926.
6. R. Leroy et P. Lelong. — Démence profonde survenue rapidement chez une femme de soixante-cinq ans. *Soc. cl. de méd. ment., séance du* 16 *décembre* 1926.
7. R. Leroy et P. Lelong. — Signes physiques importants chez une démence précoce. *Soc. cl. de méd. ment., séance du* 16 *décembre* 1926.
8. M. Trénel et P. Lelong. — Commotion cérébrale par accident de chemin de fer. Troubles de la mémoire et du caractère. Revendication. *Soc. cl. de méd. ment., bulletin : mars-avril* 1927.

9. M. TRÉNEL et P. LELONG. — Traumatisme crânien de guerre. Délire d'interprétation tardif. *Soc. cl. de méd. ment., bulletin : mars-avril* 1927.

10. P. LELONG et J. COULLOUDON. — Confusion mentale à la suite d'une rupture de grossesse tubaire. *Soc. cl. de méd. ment., séance du* 20 *février* 1928.

11. P. LELONG et A. COURTOIS. — Atrophie musculaire progressive et affaiblissement intellectuel chez un commotionné hypertendu. *Soc. cl. de méd. ment., séance du* 20 *février* 1928.

12. R. LEROY et P. LELONG. — Affaiblissement intellectuel de type paralytique chez une intermittente spécifique; réactions négatives du liquide céphalo-rachidien. *Soc. cl. de méd. ment., séance du* 19 *mars* 1928.

13. P. LELONG. — Hallucinations lilliputiennes chez une alcoolique aménorrhéique ayant coïncidé avec le retour des règles. *Soc. cl. de méd. ment., séance du* 19 *mars* 1928.

14. P. LELONG. — Evolution psychologique d'une schizophrène. *Soc. méd. psych., séance du* 26 *mars* 1928.

15. P. LELONG. — Un cas de confusion mentale post-opératoire (rachicocaïnisation, résection du nerf présacré). *Soc. cl. de méd. ment., séance du* 21 *mai* 1928.

16. M. TRÉNEL et P. LELONG. — Le parégorisme. Opiomanie par élixir parégorique, à propos d'un nouveau cas. *Soc. méd. psych., séance du* 26 *mai* 1928.

AU PROFESSEUR H. CLAUDE

*Qui nous fit le grand honneur de consentir à présider la soutenance de cette thèse.*

A NOTRE ONCLE LE DOCTEUR R. LEROY

Président de la Société Médico-Psychologique

*Avec toute notre affection.*

A NOTRE MAITRE LE PROFESSEUR G. GUILLAIN

*Dont nous avons eu l'honneur d'être l'externe. Hommage respectueux.*

A NOTRE MAITRE

LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LAIGNEL-LAVASTINE

*Dont le brillant enseignement nous fut si précieux et si agréable.*

A NOTRE MAITRE LE DOCTEUR P. GUIRAUD

*Hommage d'attachement et de profonde reconnaissance.*

A NOTRE MAITRE

LE DOCTEUR G. DE CLÉRAMBAULT

*Témoignage de notre vive admiration et de notre fidèle dévouement.*

A NOS MAITRES LES DOCTEURS LOGRE ET HEUYER

*Qui voudront bien agréer l'expression de toute notre gratitude.*

A NOTRE MAITRE LE DOCTEUR E. TOULOUSE

*Avec l'expression de nos sentiments respectueux et reconnaissants.*

A NOTRE MAITRE LE DOCTEUR M. TRENEL

*Auprès de qui nous avons trouvé tant d'inépuisable bienveillance.*

# Introduction [1]

La pathogénie des hallucinations reste depuis près d'un siècle une question vivement débattue, et d'un intérêt toujours jeune. Ainsi ce travail empruntera bien peu de chose, quoique de même sujet, à la thèse de Mourgue parue en 1919 (*a*). Un an après, en effet, M. de Clérambault publiait sa première étude de l'hallucination à la Société Clinique de Médecine Mentale, suivie bientôt de plusieurs autres. L'ensemble constituait une doctrine solide et claire venant à point satisfaire les tendances de nombreux contemporains à introduire en psychiatrie les principes et les méthodes de la médecine générale. En même temps d'autres auteurs s'efforçaient d'appliquer à l'hallucination les conceptions de Freud et de Bleuler, ou les données bergsoniennes. L'automatisme mental fut discuté longuement au dernier congrès des médecins aliénistes tenu à Blois en juillet 1927. L'activité plus que jamais vivante et passionnante de ce problème nous a paru justifier l'exposé critique présenté dans cette thèse. Notre but est une revue générale des principales hypothèses pathogéniques récentes de l'hallucination. Nous omettons de mentionner des faits historiques développés dans tous les traités courants. Il nous a semblé préférable de nous consacrer davantage à des théories nouvelles encore peu connues.

Les nombreuses conceptions que nous décrivons étant

(1) Les lettres entre parenthèses renvoient à la bibliographie.

tirées de notions cliniques indiscutées, nous nous sommes également abstenu du chapitre traditionnel des observations, notre objectif ne consistant pas à apporter des faits nouveaux, mais à évoluer sur un plan exclusivement général et théorique. Même nos exemples sont sobres. La littérature en foisonne et les spécialistes à qui seuls cet ouvrage est destiné, pourront en évoquer aisément.

Dans nos exposés, nous avons cherché avant tout l'exactitude. Nous réservons aussi une certaine place à notre coefficient personnel, nous permettant parfois quelques déductions que nous suggèrent les idées étudiées.

Quant au mode de présentation, nous avons essayé une nouvelle classification de nos éléments afin de mieux les situer et les dominer, et pour éviter l'habituelle dichotomie en théories organiques et psychogènes. Cette divergence cartésienne, en effet, suppose une certaine incompatibilité, idée stérile. Tous les moyens d'investigation devraient être appliqués parallèlement. Les méthodes psychologiques ne méritent pas toujours l'épithète de métaphysiques, elles apportent aussi leurs arguments. En fait, l'intrication de ces deux points de vue est fréquente dans les conceptions que nous exposons. Le Professeur Claude, Hesnard, Guiraud, admettent des mécanismes psychogénétiques à côté de processus organiques. D'ailleurs, tous les auteurs reconnaissent parfaitement ces derniers, d'une façon plus ou moins précise.

Pour Freud lui-même, l'édifice de la psychanalyse n'est qu'une « superstructure ». Il est d'autre part vraisemblable que les fautes d'hygiène mentale entraînent des troubles cérébraux (pratiques spirites, Lévy-Valensi) et que les facteurs « psychogènes » tiennent leur efficacité d'une perturbation auto-toxique concomitante (onirisme émotif). Pichon (*Revue*

*française de Psychanalyse*, 1er juillet 1927) combat « la prétendue différence entre l'organique et le psychogène ». Le rapport de causalité entre ces deux domaines semble réversible. Peut-être leur distinction même n'est-elle qu'apparente.

Parmi les nombreuses théories proposées, il nous a paru sage de ne pas prendre parti. Nous nous abstenons aussi d'inventer une pathogénie nouvelle.

## *PREMIÈRE PARTIE*

Nous consacrons ce chapitre à la reprise des caractères classiques de l'hallucination afin d'en dégager l'importance respective. Par eux, le phénomène participe de certaines lignes de sémiologie qui toutes le dépassent. Il se range sur leurs points d'intersection. Ce sont : la série des automatismes, l'échelle des états affectifs avec leurs cortèges idéiques, enfin la liste des délires de croyance à une fausse réalité étrangère. Ces caractères, nous les poserons ensuite comme repères, centres autour desquels viendront se grouper les différentes théories, selon leur nature intrinsèque et non leur date de naissance.

### 1er Caractère. — L'AUTOMATISME

On donne ce nom en psychologie à toute pensée, tout acte, normaux ou non, « qui se meuvent d'eux-mêmes » (sens étymologique), c'est-à-dire évidemment sans l'intervention du moi, qui n'a pas l'impression de les produire et diriger à son gré. Echappant toujours à la volonté, ils peuvent même parfois évoluer en dehors de la conscience.

Dans ces formes d'activité psychique, nous classerons en premier lieu les actes normaux qui, primitivement volontaires ne nécessitent plus après de nombreuses répétitions qu'un minimum d'attention. Ils deviennent subconscients. Il s'agit du phénomène général de l'habitude qui comprend a

mémoire et permet l'éducation. Ceillier (*f*), avec Delmas et Boll (*c*), attribue exclusivement au terme automatisme cette signification traditionnelle. D'abord automatismes surveillés (Blondel), ces actes peuvent acquérir à la longue une certaine puissance de limitation, s'imposer au psychisme avec force et solliciter fréquemment l'attention spontanée. Au degré maximum de cette irréductibilité, l'automatisme devient pathologique (tics). Cette incoercibilité semble proportionnelle au nombre d'étapes inconscientes (Delmas et Boll) (*c*) que le phénomène a franchi dans sa formation, avant d'apparaître au jour de la conscience. Ainsi, comme les troubles organiques, l'exercice favorise la libération des automatismes.

Le second groupe offre à considérer les automatismes constitués d'emblée avec leur caractère incoercible, qu'ils doivent à un fléchissement de l'inhibition supérieure. La cause en est soit le sommeil normal (rêve), soit la confusion (délire onirique) (1), soit le dynamisme affectif (obsessions diverses par fixation émotive sur des représentations électives d'objets ou d'actes), soit encore une exaltation du stock idéo-affectif sous l'influence d'une perturbation organique.

En dernier lieu, viennent les automatismes au sens de P. Janet, d'une activité insconciente propre. Ce sont les manifestations épileptiques ou hystériques, ordinairement ignorées du sujet : automatisme ambulatoire, écriture automatique, somnambulisme.

Sans doute l'apparition brusque des phénomènes hallu-

(1) Pour certains auteurs (René Charpentier) (*a*), l'onirisme n'est pas lié à la confusion, comme le rêve au sommeil. On pourrait l'observer sans trouble du fonds mental, comme dans le cas de Marchand et Bauer chez un épileptique (*a*).

cinatoires par effraction dans la conscience qui subit (syndrome de passivité, de Clérambault), leur agaçante tenacité, leur monotonie permettent d'affirmer leur participation à la série des automatismes. On sait, en effet, leurs ressemblances partielles (en dehors des caractères proprement automatiques) avec les phénomènes obsessionnels :

1° Correspondance rigoureuse des variétés;

2° Mêmes lois d'associations, verbales et contrariantes;

3° Dévalorisation du contenu (tendance péjorative, de Clérambault);

4° Exaspération par l'attention volontaire et l'effort (les deux personnalités antagonistes, de Clérambault);

5° Mêmes moyens de défense;

6° Intrication des hallucinations obsédantes et des obsessions hallucinatoires (Leroy et Capgras) (*a*);

7° Passages observés de l'obsession à l'hallucination.

L'expression : « automatisme mental » est prise dans un sens restreint par les auteurs qui l'emploient. Son avantage est de synthétiser les hallucinations sensorielles et psychiques. Par cette locution, de Clérambault appelle l'attention sur des troubles purement mécaniques de la pensée (gênes par excès ou par défaut, parasitismes ou arrêts) que présentent les hallucinés notamment influencés et qui lui paraissent la signature de l'organicité intégrale. Quelques auteurs insatisfaits de l'expression A. M. ont parlé l'A. délirant (Lévy-Valensi), d'A. vésanique (Hesnard), d'A. pathologique opposé à l'A. physiologique (Nayrac). Enfin, de Clérambault, pour éviter les discussions terminologiques, propose au Congrès de Blois (1927) de remplacer « A. M. » par « syndrome S. ». Mais explicitement ou non le caractère automatique constitue pour l'auteur l'élément le plus impor-

tant de ce syndrome. Or, avec cette base celui-ci reste flou dans sa délimitation. Ainsi, il est difficile de ne pas rapprocher des syndromes confusionnels et démentiels les défaillances transitoires de l'automatisme négatif (de Clérambault) (*g*, *h*) ou de refuser au syndrome A. M. les états d'intuition délirante (Targowla, Lamache et Daussy) (*b*), comme le devinement de la pensée d'autrui (Heuyer) (*d*). Il conviendrait même d'y faire entrer, à titre de non-sens affectif ou d'automatisme sensitif, toute poussée affective endogène, illégitime, irréductible et traduisant un trouble organique.

Nous concluons que, si juste et nécessaire soit-elle, cette notion d'automatisme paraît insuffisante à caractériser intégralement le phénomène hallucinatoire.

## 2e Caractère. — CONTENU IDÉO-AFFECTIF

Manifestation actuelle, constatée à une distance plus ou moins proche, d'une activité étrangère et fictive, l'hallucination impressionne tout d'abord le sujet par sa signification plaisante ou douloureuse, aspect purement extérieur qui suscite des attitudes réactionnelles. C'est grâce au contenu persécuteur ou impératif du phénomène que nombre d'hallucinés se font connaître. Au contraire, chez les vieux délirants, le syndrome hallucinatoire réduit, stéréotypé et indifférent peut passer inaperçu : les malades n'accuseraient pas spontanément « ces bêtises auxquelles ils ne font plus attention ».

Il s'agit ici du côté individuel, vivant et pittoresque du phénomène hallucinatoire, qui dans des proportions variables se charge de pensée, se revêt de couleur et de mouvement.

On conçoit que ce contenu présente toute une gamme

d'organisation. Ainsi quel que soit le sens affecté, il est possible de rencontrer tous les degrés dans la concrétisation de l'objet hallucinatoire, dans la complexité des jeux idéiques transmis. On distingue classiquement des hallucinations élémentaires, communes et verbales (Séglas), ces dernières allant de la simple apostrophe aux conversations suivies. De même, il existe du point de vue affectif, toute une échelle de valeur avec un zéro et deux extrêmes, sur laquelle il est superflu d'insister.

Qu'on nous permette quelques considérations sur l'origine de ce contenu. Sans doute le phénomène hallucinatoire porte la marque du cerveau qui l'a produit. Il peut refléter, soit un passé idéo-affectif normal (Schumann paralytique général et persécuté par un la) (Dupré et Nathan) (*a*), soit les tares constitutionnelles (paranoïaques), ou bien on le voit puiser ses éléments dans une psychose antérieure, c'est le cas des délires hallucinatoires post-mélancoliques ou post-oniriques. Enfin la couleur du phénomène peut exprimer un trouble concomitant de l'humeur. Les hallucinations lilliputiennes, comme l'a montré Leroy (*e*), symbolisent étroitement les oscillations de la formule affective : il en résulte les apparitions alternantes d'aimables poupées et de petits démons menaçants. Serait-il interdit de parler ici de troubles mentaux inducteurs et induits, selon l'expression de Logre ?

L'étude du contenu des hallucinations pose la question des relations entre les deux personnalités, réelle et fictive. On peut ramener à trois les opinions émises :

Les auteurs classiques, y compris Magnan, considéraient l'hallucination comme la concrétisation et la projection extérieure d'un monoïdéisme, selon l'évolution naturelle de préoccupations relatives au non-moi (persécution). De vivacité

croissante, les idées persistantes prenaient les attributs de la perception. D'où l'importance du contenu qui était l'expression du caractère antérieur, en conformité avec le psychisme conscient. La symbolisation hallucinatoire sur le monde concret de la pensée primitive et enfantine (de Saussure) (*a*) rappelle cette théorie de la conformité.

Mais voici la théorie du contraire. Les psychanalystes découvrent dans le contenu du syndrome hallucinatoire la traduction de tendances inconscientes refoulées, selon le mécanisme de la « ségrégation », qui témoigne des conflits affectifs. Il y a donc ici opposition avec la conscience. Des personnes de caractère délicat et distingué entendent fréquemment des voix de la plus basse grossièreté. Les hallucinations obsédantes présentent aussi de violents contrastes avec la mentalité du sujet. Ceillier (*e*) désigne les hallucinations psychiques, révélatrices de l'affectivité inconsciente, comme un excellent champ d'études pour la psychanalyse.

On voit que dans toutes ces explications du contenu, celui-ci exprime toujours quleque chose de la mentalité antérieure. Or, de Clérambault (*h*) considère le contenu lui-même du syndrome hallucinatoire comme une production autonome. Il insiste sur les discordances trop oubliées jusqu'ici entre les caractères cliniques des voix et la personnalité morale. Si l'automatisme exploite les matériaux qu'il rencontre dans le domaine psychologique, l'organisation de ses thèmes obéit à des lois propres, indépendantes des préoccupations du sujet et dont le secret est de nature histologique : c'est le choix arbitraire des évocations, en vertu d'électivités toxiques (expliquant peut-être le caractère lilliputien) ; c'est l'activité déformatrice dans un sens absurde et grossier, comme une grotesque parodie. Partant du phénomène d'écho et des anidéismes

qu'il met en valeur, l'auteur montre la complication croissante de cette constructivité mécanique, passant aux réflexions et commentaires, pour aboutir aux paroles injurieuses ou menaçantes. Il faut remarquer la pauvreté habituelle des voix, leurs contradictions, leurs néologismes. La pensée dégradée qu'elles contiennent est annonciatrice de la démence future. Une idée particulièrement saugrenue a bien des chances de reconnaître une origine hallucinatoire (de Clérambault).

En somme ces trois conceptions des relations entre le contenu de l'hallucination et la conscience se résument en trois mots : *conformité, contradiction, indépendance,* et représentent trois échelons selon lesquels l'origine de ce contenu est reculée du psychisme conscient à l'inconscient, et enfin à l'organicité.

Envisageons maintenant l'importance et le rôle hiérarchique du contenu idéo-affectif à l'égard des autres propriétés du phénomène hallucinatoire. Ce côté psychologique n'offre rien de caractéristique pour déterminer ce que l'hallucination a de distinct et d'essentiel. C'est la *matière* contingente, sorte de faits divers, qui remplit la *forme* hallucinatoire. Par ces éléments empruntés dont elle s'orne, l'hallucination s'insère dans la série idéo-affective des états d'anxiété ou d'euphorie avec leurs corrélations thématiques (persécution, mélancolie, hypocondrie ou mégalomanie, érotisme, mysticisme). Si certains auteurs y cherchent une explication du phénomène hallucination, tout le monde s'accorde pour déclarer le contenu insuffisant quant à la définition même de ce dernier.

## 3e Caractère. — OBJECTIVITÉ SENSORIELLE ET SPATIALE

Nous groupons ici deux propriétés intimement liées de l'hallucination, la sensorialisation et la spatialité, qu'implique la définition de Ball, résumée d'Esquirol : « perception sans objet ». Lorsque Baillarger isole, en 1846, les hallucinations psychiques, sans participation des sens, des critiques sont soulevées au nom de cette formule. Hagen, Michéa (1849), Kandinsky (1884) n'y voient que des pseudo-hallucinations.

Prenant comme base cette distinction des vraies et fausses hallucinations, des auteurs ont cherché à élaborer une barrière de séparation sur des arguments cliniques, étiologiques et pathogéniques entre les délirants influencés et les hallucinés sensoriels. Les premiers seuls d'après Séglas sont des dissociés de la personnalité parce qu'il présentent une altération des éléments constitutifs du moi (cénesthésie et kinesthésie) d'où leur sentiment d'automatisme. La rareté relative des hallucinations vraiment sensorielles ressort des minutieuses analyses de cet auteur, qui montre combien les termes « entendre » et « voix » doivent être acceptés prudemment.

Le titre de la thèse de Lévy-Darras : « La Psychose d'Influence » (*a*) exprime le désir net d'individualiser ce groupe de psychopathes. Cet auteur, dans un article récent (*b*), décrit des syndromes anatomo-cliniques purs ou associés.

Le Professeur Claude (*a, b, e*) distingue radicalement les rares cas d'hallucinations vraies, spatiales, impersonnelles et souvent conscientes (hallucinose), dûes à des lésions cérébrales décelables, et les cas de psychoses à automatisme psychique

s'extériorisant en un *syndrome d'action extérieure*. Ces derniers ne présentent que des pseudo-hallucinations psychogènes.

Ceillier, dans différentes publications où il expose ses théories (*d, f*), prend soin d'en éliminer les hallucinés sensoriels. Il s'agit pour lui de malades essentiellement différents : les influencés sont de préférence de jeunes femmes chez qui interviennent d'importants facteurs affectifs. L'impression d'être dirigée, normale dans la passion, une constitution spéciale faite du besoin de réconfort extérieur, enfin la passivité sexuelle de la femme expliqueraient l'élection de ce mode délirant. Un sentiment de désagrégation mentale ou d'automatisme précède et accompagne les phénomènes hallucinatoires psychiques et moteurs. Les thèmes se teintent d'euphorie (possession mystique, érotique) à l'inverse des persécutés sensoriels.

Quercy exige pour le cadre hallucinatoire authentique le caractère d'objectivité spatiale. Il souligne comme Ceillier le terrain obsessionnel à l'origine des pseudo-hallucinations.

D'après Meuriot (*a*), les obsédés ne parviennent jamais à l'hallucination véritable.

Schématiquement, Bouyer (*a*) oppose la *disposition hallucinatoire*, attitude de fixation élective sur des images privilégiées, aux hallucinations réellement sensorielles qui naissent sur un fonds mental particulier : *l'état hallucinatoire*, en rapport avec une atteinte cérébrale. Ce dernier, comme le sommeil, conditionne le déploiement d'une imagerie enchevêtrée d'aspect tout à fait différent des pseudo-hallucinations. L'auteur trace une courbe visant à montrer la proportion inverse pour un cas donné de ces deux facteurs étiologiques.

On voit la dichotomie que proposent ces théories. Il s'en

dégage l'affirmation d'un critère essentiel, la valeur sensorielle et spatiale des hallucinations, qui ferait la signature de leur origine organique et acquise, et qui permettrait de les séparer des pseudo-hallucinations, celles-ci psychogénétiques, dominées par des éléments affectifs et constitutionnels.

Qu'il nous soit permis cependant de défendre ici la conception uniciste et de consacrer quelques développements à cette question.

Les diverses variétés de malades hallucinés ne nous semblent valables que sur le plan symptomatique (descriptif et non analytique, de Clérambault). On observe assez fréquemment chez le même sujet la coïncidence de deux groupes hallucinatoires internes et externes (1) pour penser moins à des associations fortuites de types irréductibles entre eux qu'à des ensembles cliniques et pathogéniques parfaitement cohérents.

En ce qui concerne l'euphorie des influencés opposée à l'état pénible des sensoriels, rien ne nous paraît plus contingent. Comme dit Bardol (Thèse, page 50) (*a*), « la couleur du délire est affaire de tendances individuelles ». Nous avons observé un malade âgé de 50 ans, atteint de phénomènes d'influence exclusifs et très actifs et qui, très persécuté, était susceptible de réactions tantôt agressives, tantôt anxieuses. Il s'agissait d'un hypocondriaque ancien, hyperémotif et paranoïaque. Inversement de nombreux hallucinosiques auditifs se montrent enchantés de leur faculté de téléphoner.

La tendance à envisager la sensorialité comme une sorte de critère de l'organicité, les hallucinations psychiques résul-

(1) Parmi de nombreux autres, on peut citer le cas de Séglas : *Leçons cliniques,* Obs. III, de la XIX[e] leçon. Cas de dialogues entre les voix psychiques et sensorielles.

tant plutôt de désordres affectifs, nous paraît discutable. Ne suppose-t-elle pas un peu que l'on déduit « l'origine psychique » du fait de la « localisation intra-psychique » ?

Le Professeur Claude, Ceillier mettent à part le délire systématisé type Lasègue-Falret-Magnan comme une affection autonome à manifestations bien sensorielles. Or, on n'y retrouve pas plus qu'ailleurs d'atteinte organique grossière.

Des délires d'influence purs peuvent d'autre part s'associer à des signes organiques nets. Il faut citer la belle observation récente de Crouzon, Baruk et Coste (*a*) où les auteurs rapportent la coïncidence *avec début simultané* d'une tumeur cérébrale et d'un délire d'influence systématisé chronique. Nous avons publié avec R. Leroy (1) un cas d'hébéphrénie qui présentait de remarquables symptômes physiques (obésité, acrocyanose, troubles menstruels) et ayant débuté par un délire d'influence.

Diviser ces délires en essentiels et symptomatiques serait une régression. L'évolution des cadres psychiatriques doit imiter celle de la pathologie interne (ictère, épilepsie). Il n'y a plus de dualisme entre les psychoses toxiques et vésaniques.

Les causes acquises et décelables peuvent réaliser des troubles psychologiques subtils (délires interprétatifs purs et intoxications (2), perversions du caractère et encéphalite). Inversement, on a noté l'origine alcoolique, syphilitique (mise en doute, il est vrai, par Ceillier) de certains délires hallucinatoires chroniques, et décrit des délires systématisés secondaires à des acccès d'onirisme.

Que des phénomènes hallucinatoires se présentent avec

---

(1) Cf. Publications antérieures.
(2) Sérieux et Libert (*b*), et *thèse* de Valence (*a*).

une prédominance soit sensorielle, soit psychique, on ne trouve pas plus, nous semble-t-il, de cause organique, pas plus de psychogénie dans un cas que dans l'autre. Si la clinique démontre l'existence de variétés hallucinatoires éminemment différentes — à ce point de vue nous nous rangeons aux côtés de Séglas — faut-il conclure à des pathogénies différentes ? N'est-ce point plutôt une simple question de variations étiologiques ou intensité ?

C'est ce que nous allons examiner.

On a beaucoup insisté, après Séglas, sur la facile illusion des délirants qui « se croient hallucinés » (Quercy) (*a*), et sur le faible résidu sensoriel lorsqu'on élimine la part énorme de la fabulation et de l'interprétation. Mignard (*b*) remarque que l'hallucination est seulement possible en attitude d'attention. Certains auteurs « ne laissent à l'hallucination proprement dite qu'une place de plus en plus réduite » (Revaut d'Allonnes) (*f*). Blondel (*a*) n'y voit plus chez les délirants qu'une forme extrême de l'interprétation. De sorte que l'on pourrait ainsi esquisser l'évolution des idées sur les rapports entre les hallucinations sensorielles et psychiques :

Première période : tout est sensoriel (unicisme) ;

Deuxième période : dualisme de Baillarger, puis de Séglas ;

Troisième période : les psychiques tendent à tout englober (nouvel unicisme presque intégral de Blondel et Quercy).

Nous ne suivrons pas ces derniers auteurs. Sans doute il faut se fier à l'introspection du malade et faire la critique d'un témoignage (Quercy) (*a*). Rien de plus fuyant que ces caractères sensoriels et spatiaux, variables avec l'heure, le degré de silence et les réducteurs ambiants (Taine). Chacun de nous a pu un instant prendre un bourdonnement d'oreille

pour le ronflement d'un moteur. Mais on peut observer des cas d'indiscutable sensorialité, celui de Colin et Mourgue (*a*) en est un bel exemple, chez un sujet perspicace et cultivé.

Or nous voudrions insister du point de vue général et doctrinal sur la contingence de ce caractère sensoriel. Que les voix semblent au sujet rapprochées ou lointaines, hautes, basses ou de moyenne force, il importe peu. C'est pour nous une simple question de degré quant à l'intensité de l'attribut sensoriel et à la localisation dans l'espace. Toute l'échelle quantitative des innombrables intermédiaires est offerte par la clinique. Il est même possible dans certains cas de saisir sur le vif le déplacement spatial en mouvement. Ainsi une de nos malades affirmait que ses voix, d'abord rapprochées, s'étaient peu à peu éloignées. Un malade de Séglas se découvrait le talent de projeter au loin les mots qu'il écrivait par les yeux.

Griesinger (*a*) considérait les hallucinations psychiques comme des hallucinations *pâles,* mettant ainsi en évidence un moindre degré dans l'auditivité. Ce sont, non pas des pseudo-hallucinations, mais des hallucinations incomplètes. Sauf cette différence de coloration, le parallélisme est parfait avec les sensorielles dans leurs diverses variétés, ainsi que l'a montré Kandinsky. Et même au sein des trois groupes d'hallucinations psychiques réunis par Petit (*a*) sous le nom d'auto-représentations aperceptives (1), on retrouve une progression du vague à la matérialité. Ainsi les aperceptions de Kahlbaum (premier groupe) sont des états flous d'ordre affectif, volitionnel ou pré-représentatif, qui s'intellectualiseront sous

(1) Hallucinations aperceptibles de Kahlbaum, pseudo-hallucinations de Kandinsky et phénomènes d'hyperendophasie verbale attribués par le sujet à autrui, sans élément moteur.

la forme verbale de l'hyperendophasie extériorisée (troisième groupe) ou des psycho-motrices de Séglas (ces dernières également classées par cet auteur en trois degrés de perfectionnement : H. verbale kinesthétique simple, H. verbale motrice complète et impulsion verbale). Les pseudo-hallucinations de Kandinsky ou perceptions subjectives sont des *idées intérieures* de sensations diverses et précises (goûts, odeurs), par conséquent sans projection spatiale. Elles marquent un pas sur celles de Kahlbaum quant à la concrétisation.

On peut considérer comme cas intermédiaires avec sensorialisation incomplète certaines voix dont le timbre spécial semble factice, artificiel, et qui s'accompagnent de la conviction d'une comédie, d'une fantasmagorie (Séglas). Même remarque pour les visions plates cinématographiques (Thèse de Sonn) (*a*) qui participent encore trop de la représentation mentale pour prendre un relief matériel et vivant. De plus les phénomènes d'écho, quoique plus ou moins auditifs, doivent toujours se placer entre les états d'influence et les constatations sensorielles, en raison de leur contenu qui est la propre pensée du sujet. Par l'étude de la constructivité automatique, de Clérambault (*h*) a tracé schématiquement les stades parcourus de l'un à l'autre type hallucinatoire. Nous les supposons exprimés par un malade :

1. On me transmet des pensées (influence).
2. On me fait penser (influence).
3. On capte ma pensée (influence).
4. On répète ma pensée (écho).
5. On fait des réflexions sur mes actes et mes pensées.
6. On m'injurie, on énonce du nouveau.

Dans les deux ou trois derniers stades, les hallucinations

sensorielles sont constituées. C'est que ce caractère sensoriel est lié au contenu (nouvel argument pour sa contingence) et subit les lois de la Dérivation avec Sélection des valeurs inférieures (de Clérambault, cf plus loin). On peut penser qu'il résulte de la tendance régressive de la constructivité automatique qui incline vers le concret comme vers le grossier et le primitif. Il s'agirait d'une expression matérielle par retour aux modes symboliques archaïques. La tendance consiste alors à remonter le sens inverse de l'évolution normale de la pensée. Le concept, en effet, se désensorialise (Bleuler) (*a*) pour une plus vaste utilisation. La reconcrétisation implique donc, comme nous allons voir, une aggravation.

Cette sorte de déchéance intellectuelle localisée résulte du sentiment préexistant et primordial d'extériorité psychique qui accompagne certaines représentations et leur confère spécifiquement leur valeur hallucinatoire. Une fois dépersonnalisés, ces éléments suivent leur propre dynamisme et s'affublent de souvenirs sensoriels. Leur tendance centrifuge, née de la perte de leur caractère personnel, va s'exagérer par l'action réciproque de l'attention orientée vers le monde extérieur chez le sujet méfiant, aux écoutes (Chaslin) (*a*). D'où la localisation spatiale, conséquence d'une adaptation motrice automatique (Séglas). Jusqu'aux manifestations verbales motrices, on constate cette tendance foncière à la localisation périphérique : elles peuvent être perçues loin de l'appareil d'articulation, dans l'épigastre, dans les mains. En résumé, la marche du processus démontre la subordination des trois caractères : extériorité psychique basale, d'où sensorialité, enfin spatialité, conséquence dernière. Ainsi se perfectionne l'hallucination complète, ayant réalisé tous les de-

grès dans l'élimination au dehors de ces représentations que le sujet ne reconnaît plus comme siennes.

Le noyau d'autimatisme décrit par de Clérambault consiste primitivement en des manifestations *intra-psychiques* intrinsèquement dépersonnalisées de façon plus ou moins précise. Il s'agit de troubles étranges par excès ou défaut dans le cours de la pensée : vol, prise, fuite, échappement, retirement, arrêt, écho ou devancement. « Les délires d'influence semblent être constitués par des automatismes non évolués » (de Clérambault).

Pour Guiraud, les caractères sensoriel et spatial sont des modes variables et contingents d'intellectualisation et de projection de troubles cénesthésiques encore amorphes dans leur émergence endogène, mais déjà profondément dystoniques.

Dupouy (*a*) met en évidence la dissociation mentale progressant des hallucinations psychiques, dont il défend la nature légitimement hallucinatoire, aux hallucinations sensorielles ou motrices, selon leur différenciation primitive en endophasiques et endokinétiques. Processus inverse dans les états hallucinatoires en régression. L'auteur insiste sur la loi de localisation périphérique de l'excitation, rappelant l'illusion des amputés (Heuyer). L'hallucination psychique des influencés est peu extériorisée et n'atteint pas la périphérie, la désagrégation mentale étant moins prononcée que chez les sensoriels.

Or, cette assertion présente l'apparence d'une contradiction totale avec l'opinion de Séglas. C'est que cet auteur voulait indiquer l'*impression d'être désagrégés* (Minkowski) (*a*, *b*) (1), ou le sentiment d'automatisme éprouvé par les

(1) Chaslin, page 186 (*a*) note déjà qu'il s'agit « des altérations de l'idée du moi, du jugement porté par le malade sur lui-même ».

influencés. Ces malades, possédant encore ce mode de conscience de leur dépersonnalisation, sont moins atteints que les autres hallucinés. Le sentiment d'automatisme résulte, en effet, du siège encore interne des éléments dépersonnalisés et de l'embarras qu'éprouve le sujet du fait de leur incomplète élimination. Les caractères d'objectivité sensorielle et spatiale libèrent le moi du sentiment d'automatisme, mais cette inconscience et cette anesthésie marquent une aggravation du processus dissociatif; de sorte que, d'après Lévy-Valensi, l'on peut ainsi schématiser ce dernier dans l'ensemble :

Premier degré : l'obsession (conscience, anxiété);

Deuxième degré : l'hallucination psychique (dépersonnalisation, sentiment d'automatisme);

Troisième degré : l'hallucination sensorielle (inconscience, objectivité parfaite).

L'obscurcissement de la conscience, par confusion, crises anxieuses ou fond passionnel (de Clérambault) favorise cette évolution vers l'objectivation. Certains états pourraient, au contraire, l'inhiber : incomplétude des obsédés (Janet), incertitude et perte de vision mentale chez les mélancoliques (Séglas).

Nous ne nous dissimulons pas qu'à l'encontre du développement précédent, les auteurs classiques (Lasègue, Falret, Legrand du Saulle, Magnan) attribuaient un mauvais pronostic aux persécutions physiques, aux états d'influence, d'apparition tardive. Rogues de Fursac (*a*) souligne leur gravité dans les délires systématisés post-oniriques.

La chose s'explique si l'on considère que les hallucinations intra-psychiques résultent d'une désagrégation incomplète et dépendant soit d'une moindre intensité de l'agent

causal, soit d'une meilleure résistance individuelle. C'est pourquoi l'on observe dans les psychoses systématisées à côté des hallucinations sensorielles des phénomènes subtils d'influence. L'apparition souvent tardive de ces derniers, au lieu de prouver l'aggravation, impliquerait une atténuation du mécanisme dissociatif à mesure que s'installe l'état chronique, et aussi une extension de l'activité interprétative. Les psychopathies constitutionnelles, dont l'étiologie est plus atténuée encore, arrivent exceptionnellement à l'hallucination complète. L'absence habituelle de démence terminale chez les influencés purs (arguments des dualistes) suppose bien chez ces malades une gravité moindre. La seule présence d'un délire d'influence n'assombrit pas le pronostic, puisqu'on en rencontre au cours des accès maniaques (délires induits de Logre (*a*). C'est aussi l'avis d'Heuyer et Lamache (*b*). Enfin, de Clérambault remarque l'absence des phénomènes d'écho dans les bouffées aiguës d'onirisme et même dans l'hallucinose sensorielle. Les manifestations d'écho correspondent, en effet, à une atteinte trop discrète. Observons, d'autre part, que la conscience peut être conservée (hallucinose) si la cause quoique grossière reste localisée (tumeurs cérébrales de Baruk) (*a*).

En résumé, surtout à propos des délires hallucinatoires chroniques, les caractères sensoriel et spatial peuvent être considérés comme le résultat extrême de la dépersonnalisation, l'achèvement imaginativo-moteur non nécessaire de cette propriété très originale et fondamentale de l'hallucination en général. Cette extériorité psychique étant posée, les autres caractères paraissent en soi logiques et non d'essence morbide.

Quercy attribue à l'objectivité spatiale la première im-

portance. Si l'on considère les trois ordres de manifestations :

1) représentations automatiques simples,

2) hallucinations psychiques,

3) hallucinations spatiales,

cet auteur établit la principale séparation entre les secondes et les troisièmes, tandis que nous la plaçons entre les premières et les secondes. Comme le dit Lévy-Valensi (dans son rapport au Congrès de Blois, p. 38), il faut pour rendre hallucinatoire une hyperendophasie que s'y ajoute une qualité spéciale, l'impression immédiate du non-personnel.

L'étude de cet élément fait l'objet du paragraphe suivant.

## 4° Caractère — EXTÉRIORITÉ PSYCHIQUE

Nous venons de passer en revue le phénomène hallucinatoire selon trois aspects : signification, automatisme, sensorialité ; et nous avons conclu à l'insuffisance de chacun d'eux pour le caractériser complètement. Or, il nous reste à étudier une dernière propriété qui, par contre, représente l'essence fondamentale de l'hallucination et suffit à la définir : c'est l'extériorité psychique. Vraiment spécifique, ce caractère, à l'opposé des trois autres, n'appartient qu'à l'hallucination, et nous avons essayé de montrer qu'inversement sa présence implique l'hallucination légitime (hallucinations psychiques). Ainsi tous les états de conscience, sensoriels ou non, ayant la valeur du non-moi éprouvés comme étrangers à la personnalité du sujet, mériteraient d'être réunis en un « syndrome xénopathique ». Du point de vue de la « xénopathie », l'hallucination peut se ranger dans une série importante de troubles intellectuels qui tous se ramènent à la création d'une fausse réalité (Hesnard), soit comprise indirectement (interpréta-

tions), soit éloignée dans le temps ou l'espace (délire d'imagination), soit enfin actuellement et immédiatement constatée (hallucination). L'illusion tiendrait à la fois de l'interprétation et de l'hallucination (de Clérambault).

Qu'est-ce au juste que ce caractère xénopathique ? Un mode spécial par lequel sont éprouvés certains états automatiques, une impression immédiate et simultanée qui leur est intimement liée (Petit) (*a*). En même temps qu'une certaine représentation accède à la sonscience, le sujet a le sentiment positif d'un objet extérieur. Il distingue d'emblée par leurs qualités une pensée transmise d'une réflexion personnelle, une douleur est nettement sentie naturelle ou provoquée. La xénopathie, principe morbide qui émane des profondeurs du psychisme, ébranle fortement les bases de la critique : le délire de croyance en est la facile conséquence.

Cependant la xénopathie doit être distinguée de la conviction délirante : cet appoint subversif dans l'expérience mentale n'entraîne pas nécessairement l'adhésion erronée du jugement. Ainsi l'hallucination peut être *consciente,* reconnue pathologique dans certains modes de causalités, comme les visions liées à des lésions des voies optiques au cours des tumeurs cérébrales et survenant en dehors de tout état confusionnel et orinique (Thèse de Baruk) (*a*). Les auditives sont bien plus délirogènes, peut-être en raison de leur caractère discursif. Une belle observation de Claude, Baruk et Verwæck (*d*) montre bien ce rapport avec la croyance délirante. Il s'agit d'un hérédo-spécifique avec atteinte des sphères oculaire et labyrintique. Ayant présenté d'abord des phénomènes visuels élémentaires puis figurés (lilliputiens), dépendants des mouvements de la tête et des conditions d'éclairage, et par-

faitement conscients, ce malade se mit à délirer quand survinrent, par accès, les hallucinations auditives.

Il est fréquent d'observer au début des vésanies chroniques une phase de lutte, de résistance (période obsessionnelle sur laquelle ont insisté de Clérambault, Courbon) (*a*) : le malade éprouvant des phénomènes xénopathiques oscille entre la notion de maladie et celle de persécution ou d'influence. Parfois il s'arrête à une conclusion intermédiaire, témoignant ainsi d'une demi-conscience : on lui provoque des troubles mentaux, ou : les persécuteurs sont aliénés (délire de la folie d'autrui, Veillet) (*a*).

La xénopathie se montre donc compatible avec la conscience de l'état morbide. Il en résulte qu'il est permis de distinguer trois degrés dans les rapports entre l'hallucination et le délire :

1° L'impression xénopathique proprement dite, principe de délire il est vrai, ce dernier étant parfois retardé ou susceptible de correction.

2° L'abaissement du seuil de la croyance (Laignel-Lavastine) (*a*), la conviction achevée d'une fausse réalité actuelle. Nous proposons d'appeler ce degré « délire de premier ordre ». Dans ce sens, Séglas pouvait dire que l'hallucination est déjà un délire, et aussi Van Bogaert « le véritable caractère de l'hallucination est le jugement de réalité » (*a*).

3° Enfin le « délire de second ordre » correspondrait à l'élaboration secondaire et bien plus contingente d'un thème explicatif plus ou moins riche et coordonné. Cette construction délirante utilise les matériaux fournis par l'éducation, le milieu, la mode du jour (Lasègue, Chaslin, Séglas).

C'est peut-être faute d'avoir posé nettement ces trois échelons qu'on n'est pas toujours d'accord sur le terme *hallu-*

*cinose*. En effet, la définir « hallucinations sans délire » ne précise pas qu'il s'agit d'un délire de premier ou de second ordre. Il est clair que Leyritz (*a*) dans son travail sur l'hallucinose, la définit par la seule absence du thème délirant (second ordre). Alajouanine (*a*) décrit un délire minimum sous ce nom d'hallucinose, Rogues de Fursac (*a*) également; cet auteur la rattache à la D. P. (élément de désintérêt). Dide et Guiraud (*a*) parlent de délire souterrain ou atténué, sans préjudice d'ailleurs des hallucinoses avec conscience. C'est ce dernier sens d'*hallucinations conscientes* (réduites à la xénopathie simple sans délire de premier ni de second ordre) qui semble préférable. Il est adopté entre autres auteurs par le Professeur Claude, Quercy, Van Bogaert.

En résumé, le concept « syndrome xénopathique » présente une compréhension où il entre :

1° Deux caractères nécessaires : l'automatisme, l'impression de subir malgré soi une représentation, et le *sentiment* que cette production émane du monde extérieur;

2° Des caractères accessoires : de sensorialité, de localisation variable, de signification agréable ou pénible, enfin de perte de l'auto-critique.

D'autre part, l'extension de ce concept est illimitée dans tout l'organisme psycho-somatique. La xénopathie peut en marquer toute manifestation, de la plus élémentaire à la plus complexe.

## *DEUXIÈME PARTIE*

Ayant essayé d'établir la hiérarchie des caractères de l'hallucination et nous basant sur l'impression fondamentale de l'origine étrangère, nous avons proposé la notion d'un syndrome xénopathique, assez vaste, englobant les hallucinations psychiques et sensorielles, et dont l'individualité semble suffisamment précise. Nous avons esquissé (dans chacun des trois premiers paragraphes de la première partie) ses relations avec les autres syndromes mentaux et comment le syndrome xénopathique se rapproche à la fois des états idéo-affectifs quelconques, des automatismes et des autres formes délirantes dans lesquelles se crée une fausse réalité, fait caractéristique de l'aliénation mentale (Hesnard) (*c, d*), cette activité procédant soit par raisonnement soit par intuition. Il existe d'obscures interpénétrations sur certaines parties des frontières syndromiques. Ainsi les hallucinations cénesthésiques et les phénomènes d'influence appartiennent, pour quelques auteurs, aux états interprétatifs, ce qui d'ailleurs peut être exact et non surprenant si l'on admet que le syndrome xénopathique ne représente qu'une des manifestations d'un trouble profond de la conscience, la tendance à élaborer une réalité fictive. Nous aurons à examiner le difficile problème de la xénopathie autonome ou subordonnée, primitive ou secondaire.

Nous allons entreprendre ici l'exposé des diverses théories pathogéniques de l'hallucination, afin de donner au lecteur une idée des nombreux points de vue qui ont pu être

envisagés, mais, dans un but de précision, nous leur demandons exclusivement quelle explication elles peuvent fournir du caractère xénopathique. Quant au classement de ces théories, elles nous ont paru dans l'ensemble se déduire — d'une façon évidemment très approximative, leurs intrications étant parfois multipolaires — des trois caractères de l'hallucination étudiés plus haut : le contenu, l'automatisme et la tendance délirante générale. Chacun d'eux, en effet, prend selon les auteurs la prédominance sur les deux autres. Ainsi naissent par ce procédé de subordination réciproque trois groupes de théories qui incriminent respectivement :

1° l'aspect idéo-affectif de l'hallucination ;

2° le côté automatisme et corrélations organiques ;

3° enfin un trouble antérieur de la conscience.

Ce plan systématique nous a paru plus intéressant et plus original que la simple adoption des directives chronologiques. Ne présente-t-il pas d'ailleurs quelques rapports avec le point de vue évolutif des idées psychiatriques ? Courbon et Magnand (*a*), exposant les progrès vers l'intégration des troubles mentaux dans la pathologie générale, à propos de la genèse des délires, décrivent trois stades : les théories intellectuelles, affectives et automatiques. On voit la relative coïncidence, sauf l'ordre, avec notre mode de division.

## Théories du Contenu

Dans le déterminisme du caractère xénopathique des hallucinations, on attribue ici un rôle capital à la nature de leur contenu. C'est ce contingent psychologique individuel qui imposerait l'impression xénopathique ; la dépersonnalisation serait fonction d'une teinte affective, d'une tournure intellectuelle que le sujet ne peut croire siennes. Ces théories s'opposent aux conceptions mécanistes pour qui le contenu ne représente qu'un hasard sans importance.

*Les Psychanalystes.* — Ces auteurs s'arrêtent peu aux distinctions minutieusement descriptives des symptômes : interprétation, imagination, types divers d'hallucination. Ils envisagent surtout le sens psychologique de ces phénomènes, leur valeur comme traduction et pénétration dans la conscience de tendances inconscientes qui cherchent à se rationaliser sous une forme quelconque. C'est pour elles, en effet, une nécessité vitale de s'exprimer en images représentatives du milieu, afin d'augmenter leur chance de satisfaction pragmatique. Normalement, une ascension graduelle se poursuit du biologique à l'affectif, puis à l'intellectuel. La conscience, luxe tardif (Ribot), contrôle la précision de l'acte final. Mais la censure a fermé à la libido les portes du réel. Les puissances affectives profondes continuent cependant à l'insu du moi leur marche vers l'intellectualisation, elles s'annexent des images adéquates (complexes), qui feront irruption dans la

conscience, créant les manifestations morbides : réalisations platoniques, il est vrai, où l'image douée d'une haute tension affective est devenue sa propre fin. Citons les complexes homosexuels à l'origine de la paranoïa hallucinatoire, les complexes narcissiques dans la démence précoce : en général, on note un retour à des stades d'autant plus primitifs de l'évolution sexuelle que la maladie est plus grave (Régis et Hesnard) (*a*). Mentionnons également les mécanismes freudiens destinés à expliquer les psychoses de persécution : transfert affectif, inversion du sens de l'Affekt, substitution de personnes.

Dans les névroses avec obsessions, phobies, l'énergie instinctive refoulée, « coincée » sous pression tend à se libérer dans une activité factice. Il en résulte les rabâchages de l'anxiété, le piétinement des automatismes : traduction de forces sous-jacentes qui, faute de se liquider dans la bonne direction, entravent la liberté intérieure. Parmi les images qu'elles suscitent, la censure n'admet à la lumière de la conscience que les expressions déguisées (loi du symbolisme).

De même l'hallucination, en particulier dans les psychoses chroniques, doit être considérée comme une forme de réalisation dissimulée des tendances. Mais la conscience traduit autrement son attitude négative à l'égard des élaborations endogènes qu'elle ne peut oublier. Elle use ici d'un subterfuge. Obligée de subir les images choquantes sorties de ses propres ténèbres, elle refuse de les adopter comme siennes, et les repousse dans le plan de l'étendue. Ce processus d'élimination du pénible dans le monde extérieur (*ségrégation* des psychanalystes) constitue une dernière ressource pour satisfaire à la fois aux exigences biologiques et sociales. Il s'agit d'une attitude nettement morbide, véritable pis-aller

pour obvier à l'attaque victorieuse de l'inconscient (Régis et Hesnard), pour éviter à tout prix des façons de sentir opposées aux habitudes de la personnalité acquise. Ce recours à l'attitude pathologique semble s'expliquer par une insuffisance du camouflage apparent de ces productions ; le mécanisme de symbolisation n'a pas joué ; c'est un « raté » du refoulement. Ne pouvant corriger le contenu, la représentation même, la conscience la place au moins dans des conditions supportables, la « justifie » comme venant de l'extérieur. Elle crée alors la xénopathie.

Ainsi la censure utilise deux procédés destinés à pallier aux irrésistibles instincts qui poussent vers l'existence leur cortège d'images : l'un normal, le symbolisme qui rectifie la matière des représentations, comme dans le rêve ; l'autre, expédient pathologique, la xénopathie s'attaquant à leur forme même, à leur intégration au moi.

Ces deux modes de refoulement s'excluent d'ailleurs mutuellement. On note même entre eux une proportion inverse. Ces productions automatiques apparaîtront douées d'une xénopathie d'autant plus nette que le symbolisme sera moins occulte ; inversement la régression de ce dernier accroîtra la xénopathie. De même l'arsenal des symboles devient inutile, du moment que le psychisme parvient à renier ses propres états. Ainsi, à mesure que se précise cette attitude du moi, toutes les basses grossièretés se multiplient et se déversent trouvant droit de cité et s'échappant des réservoirs inconscients pour venir comme du dehors importuner le sujet : la clinique montre ce déploiement des obscénités hallucinatoires si opposées à la tenue habituelle du sujet. Hesnard (*e, f, g*) explique ainsi par la ségrégation ces phénomènes de dérivation vers des formes intérieures de pensée (de Clérambault).

Codet et Laforgue (*a*) montrent combien peut s'épanouir facilement ce processus de désagrégation dans la mentalité discordante des schizophrènes. L'ambivalence des désirs contradictoires, par suite de l'incapacité du refoulement normal, produit à ces malades « l'impression que différentes personnalités habitent en eux, étrangères ou même hostiles l'une à l'autre. »

D'après ces conceptions, les voix antagonistes, les voix protectrices feraient penser à une substitution freudienne inconsciente et d'emblée automatique par réaction de défense.

Cette théorie pourrait encore rendre compte des phénomènes neutres initiaux considérés par de Clérambault comme des preuves de l'automatisme purement mécanique. Ceux-ci seraient l'effet d'une sorte de balancement entre les deux procédés étudiés : le symbolisme et la xénopathie, qui avant de se séparer peuvent dans une courte phase cumuler leur action. Les anidéismes ne seraient qu'apparents et représenteraient en réalité des rébus pleins de valeur affective, quoique paraissant incompréhensibles à l'observateur, en raison de leur hermétisme symbolique. L'écho de la pensée est aussi envisagé par Guiraud comme un viol du for intérieur, une indiscrétion suprême.

Pour Freud, tous ces faits quotidiens soi-disant insignifiants, ces légers déficits des actes, des paroles, fantasmagories absurdes des rêves vivent en réalité intensément par l'inconscient dynamique, loin d'être un jeu du hasard.

Il y a lieu de considérer un autre mécanisme psychogénétique de la xénopathie, justement inverse du précédent que dominait l'action du refoulement par la censure. Ici la conscience, loin de rejeter au dehors les expressions de tendances parasites, au contraire y souscrit tellement qu'elle les adopte

comme la seule réalité intéressante, oubliant l'objectivité (autisme schizophrénique). Par cet excès d'adhérence, le moi s'abandonne aux souvenirs de l'enfance qui ont orienté l'évolution psycho-sexuelle, et à des modes archaïques de pensée symbolique, avec concrétisations hallucinatoires, qui reproduisent des scènes infantiles (Régis et Hesnard). C'est peut-être le cas des hallucinations lilliputiennes. De Saussure (*a*) fait remarquer ces deux variétés de symbolisme : celui qui provient de la censure-refoulement et celui des enfants et des primitifs, expression naïve des états d'âme par des objets matériels. A ces deux cas correspondent les deux conceptions exposées de la xénopathie. Il y a toujours en effet xénopathie, croyance à une fausse réalité actuelle, soit ennemie, persécutrice d'une conscience qui reste syntone (ségrégation), soit entraînant vers l'intus le moi qui se complaît à des préoccupations autiques. Il y a là deux modes de résolution des conflits affectifs.

*Conception de Ceillier.* — Son auteur l'a ébauchée dans une étude sur les influencés (*d*), puis développée tout récemment (*f*). Succédanée des théories psychanalytiques précitées, elle dépasse le mécanisme du refoulement de complexes sexuels pour s'appuyer sur la notion générale du *contraste affectif*.

Chez des prédisposés, il se produit une perturbation profonde et diffuse de l'*appropriation* au moi, lequel tend à considérer ses propres états psychiques comme d'origine étrangère; c'est le sentiment d'automatisme de Séglas. D'où vient cette impression qui précède nettement les phénomènes xénopathiques précis ? De conflits affectifs, de contradictions entre certains désirs, tendances, représentations et les états ha-

bituels du moi avec ses sentiments, idées, réactions qui lui représentent sa véritable nature. On sait le rôle du ton affectif (cénesthésie), de l'effort volitionnel et de la mémoire dans la notion du moi continu (Ribot). Ainsi les représentations de signification trop éloignée, soit par excès soit par défaut, de cet ensemble personnel cohérent, paraîtront xénopathiques. La conscience reniera facilement des pensées, images, impressions et actes en désaccord avec ce qu'elle se figure ou veut croire d'elle-même.

Les malades s'expliquent souvent en ces termes : « Ce n'est pas mon habitude, je ne puis penser ces choses (obscénités), donc elles proviennent d'autrui. Cette douleur est artificiellement provoquée, parce que je n'en ai jamais éprouvé de semblable. »

La loi du contraste s'applique justement pour Ceillier à ces phénomènes de teinte neutre dont il a été question plus haut. Au lieu de conclure que ceux-ci démontrent l'antériorité de l'automatisme xénopathique à son contenu idéo-affectif (de Clérambault), Ceillier propose la solution inverse : cette neutralité affective et la faible part que le sujet prend à ces productions entraînent l'impression qu'elles reconnaissent une cause extérieure. Comment intégrer des états psychiques de nature et de timbre si inaccoutumés ?

C'est une interprétation analogue qu'avaient donnée Séglas et Barat (*b*) d'une intéressante observation. Il s'agit d'une femme pieuse, dévouée à ses scrupules, qui se découvre une passion amoureuse pour un prêtre ; la résistance de sa personnalité morale se traduit dans une première période par un délire d'influence. La malade se croit hypnotisée par les prêtres. Elle s'explique ainsi les pensées, rêves et réactions provoqués par son érotisme qui la choquent. Quelques

mois après, nouvel accès délirant, cette fois, sans phénomènes xénopathiques, mais véritable syndrome mélancolique avec des idées d'indignité et de damnation. La conscience s'est annexée l'état passionnel, non sans entraîner un grave cataclysme anxieux, à base de remords. Ces deux épisodes délirants sont dominés par la disposition psychasthénique.

Nous citerons dans le même ordre d'tdées une observation du professeur Claude, Targowla et Mlle Badonnel (*c*) où les auteurs font intervenir la notion du contraste. Ici, la conscience, nettement malade, se trouve au décours d'un état d'inhibition mélancolique : on voit alors se libérer de cette domination morbide certaines parties du moi sous forme d'automatismes, lesquels donnent au reste de la personnalité encore atteinte une telle impression de contraste étrange et absurde qu'il en résulte un sentiment d'influence et un syndrome xénopathique avec prise de la pensée et actes imposés.

Voici le résumé d'une observation personnelle rapportée à la Société Médico-Psychologique (Séance du 26 mars 1928). C'est une schizophrène âgée de 35 ans, dont nous avons pu suivre quelques phases psychologiques et retracer l'histoire du conflit entre la conscience et les tendances sexuelles. Après une jeunesse solitaire et morose, où s'affirme le déficit du sens pragmatique, l'instinct sexuel s'est manifesté il y a trois ans sous l'aspect d'un petit syndrome érotomaniaque, réprimé violemment par la conscience : la malade quitte sa place, « l'objet » étant son patron. Suit une période de ruminination, puis un délire d'influence éclate, très actif, qui dure plusieurs mois. C'est un voisin qui a résolu de « forcer les sentiments » de la patiente, de lui suggérer de l'amour et la pousser aux initiatives. Il la travaille par tous les moyens,

capte sa pensée, ses gestes, lui transmet des voix intérieures pleines de lubricité et lui provoque des sensations génitales. Accès d'anxiété et d'agitation, tentatives de suicide « pour échapper à ces gens qui lui pourchassent le moral ». Mais d'autre part s'affirment les signes d'une schizophrénie qui se constitue : périodes d'inertie, bizarreries, ambivalence, impulsions, quelques stéréotypies avec tournure subjective du langage. La conscience de l'état morbide est remarquable. La malade se plaint que sa tête est vide, qu'elle vit superficiellement, et réclame des soins médicaux. Enfin dans un dernier stade, à la faveur semble-t-il de la profonde discordance et du désintérêt aux conditions sociales, la conscience s'assimile si bien les tendances sexuelles que toute l'activité mentale du sujet se réduit à une impulsion onaniste sur elle-même et sur autrui, irréductible et stéréotypée, avec une adhésion complète des éléments discursifs restés intacts.

Dans ce cas, la période du délire d'influence répond tout à fait à une psychogénie de ségrégation et de contraste. Mais ce processus suffit-il à rendre compte du syndrome xénopathique ? Ici, tout cet ensemble clinique évolutif démontrerait plutôt une atteinte générale de la personnalité et sur un plan plus profond. Le contraste affectif entre les automatismes et la personnalité joue peut-être un rôle dans la conviction xénopathique, mais précisément lorsque la personnalité est déjà touchée de façon acquise ou constitutionnelle.

Ce mécanisme paraît manifestement incapable de déterminer seul la xénopathie si l'on pense aux obsessions par contraste : impulsion d'une mère à tuer son enfant, représentation incoercible d'obscénités durant les offices religieux, etc. Ces faits prouveraient encore que la dérivation péjorative dépend non de la xénopathie par ségrégation, selon l'asser-

tion de Hesnard, mais d'une constructivité autonome, d'après la conception de de Clérambault.

Une autre objection peut être trouvée dans la possibilité fréquente des manifestations xénopathiques en absolue conformité avec les états affectifs conscients et prévalents : euphorie, anxiété, mysticisme, expressions hallucinatoires des propres opinions du malade, par exemple dans le cas des voix protectrices antagonistes.

En somme ces théories du contenu gardent une portée assez restreinte ; Ceillier les applique exclusivement aux influencés, aux constitutionnels atteints d'une synthèse mentale précaire (disposition hallucinatoire de Bouyer). Elles se heurteront toujours aux difficultés du normo-morphisme, car elles mettent au premier rang des causes trop générales (exagération de mécanismes psychologiques normaux, refoulement, contraste). Expliquant la forme par la matière, elles oublient la substance pour l'accident. On parle d'individus complexo-sensibles et complexo-résistants, de constitution spéciale facilitant la xénopathie : besoin de réconfort, suggestibilité (Ceillier, Lévy-Valensi) (*b*) ; or le problème ne réside-t-il pas justement dans cette inconnue vaguement qualifiée de « prédisposition » ?

C'est pourquoi Hesnard s'oriente ailleurs et suppose des formations totalement inédites, néo-productions tératologiques, impliquant une complète rupture avec la personnalité antérieure et rejette tout fonctionnisme psychologique. C'est aussi pourquoi Guiraud et de Clérambault font appel à des troubles de la chronaxie cérébrale à l'origine de la xénopathie. Nous allons examiner ces nouvelles théories.

# Théories de l'Automatisme

Précisons tout de suite que ce titre signifie proprement « Théories de la xénopathie par l'automatisme ». La question de l'automatisme lui-même, de savoir s'il est une cause ou un résultat, dépasse notre sujet. Notre but consiste essentiellement dans l'examen des pathogénies du caractère xénopathique lui-même. Or les théories groupées dans ce chapitre ont ceci de commun : elles expliquent la xénopathie par les qualités particulières qu'imposent aux phénomènes hallucinatoires leurs mécanismes neurologiques sous-jacents, leurs conditions organiques de production. Peu soucieuses des couleurs sentimentales, du pittoresque extérieur de l'hallucination, elles se tournent vers l'étiologie première dont la nature même, le mode de l'atteinte cérébrale, leur semble douée d un intérêt pathogénique. Il s'agit essentiellement de conceptions organiques de la xénopathie.

*Théorie de Mignard* (*c, d, e, f, g*). — Cet auteur, critiquant le fameux polypier d'images (Taine), pose en principe l'unité du psychisme, dont il se refuse à admettre toute scission. Il n'y a pas dissociation mentale mais subduction, c'est-à-dire renversement de la hiérarchie normale, selon laquelle la pensée règne librement sur la machine nerveuse réflexe (auto-conduction de Toulouse et Mignard) (*a*). Celle-ci, pathologiquement, est susceptible de perdre sa docilité par excès ou par défaut d'activité. Il faut incriminer soit différentes

causes médicales, soit des attitudes vicieuses et primitives de l'esprit (schizoses) qui finissent par fausser les mécanismes neurologiques; ceux-ci, par un choc en retour, entravent la spontanéité psychique, d'où réactions délirantes. Alors seulement est réalisée la *subduction mentale morbide*. Des cercles vicieux organo-psychiques se constituent ainsi. De même dans le jeu des émotions (sidération émotive avec onirisme).

Toute la pathogénie réside donc dans les relations troublées de l'esprit et du corps, quel que soit le premier touché. La conscience subit l'emprise de la matière révoltée, elle ne se divise jamais réellement. Ces forces organiques extérieures à elles, s'y traduisent par des phénomènes induits, des sentiments d'influence qui conservent en son sein leur caractère de fait étranger, imposé au moi. Par leur côté subjectif elles apparaissent comme l'action de fausses personnalités qui les symbolisent. Cas particulier de subduction morbide, la xénopathie est une réaction propre et logique de l'esprit dominé par le retentissement de perturbations somatiques.

Les états de conscience induits par ces perturbations sont perçus comme suggérés du dehors. La subduction réalise des conditions identiques aux faits extérieurs réels : le sujet comprend l'énoncé d'une pensée seulement après l'avoir entendu, et ne peut croire en être l'auteur. Cette évidence de fait rend fatale la conviction xénopathique.

La subduction est une conception générale des troubles mentaux, lesquels varient avec la nature de la fonction neurologique devenue anarchique : centres des sens externes, du langage, de la cénesthésie, des fonctions sympathiques (syndrome de Cotard). Ce processus de subduction dépasse d'ailleurs de beaucoup la pathologie, il remplit même la vie normale, exemples : le sommeil, l'habitude, les émotions, les

passions. L'esprit comme le corps peut en assumer le point de départ.

*Théorie de Hesnard (b, c, d).* — Observant le passage de l'organique au sentir puis au connaître, celle-ci suppose une auto-intoxication des voies cénesthésiques supérieures d'origine humorale, qui détermine dans la conscience une poussée affective endogène (affectivité pure non légitime), une perturbation des instincts. Ainsi s'explique la période initiale classique qui comprend des malaises indifférenciés. Plus ou moins précocement entre en jeu l'intellectualisation ou symbolisme : il en résulte des représentations adéquates. puis des idées délirantes qui se systématisent. Ce mécanisme représente un cas particulier de la loi normale de *justification,* illusion de la conscience qui cherche à comprendre, à s'assimiler tous les évènements internes et externes la dépassant. Mais son appréciation sera d'autant plus subjective et relative qu'il s'agit en psychologie morbide de productions absolument nouvelles, de complexes affectivo-intellectuels néo-formés qui poussent dans le moi comme une *tumeur* parasite, monstrueuse et régressive, dont les lois sont celles du rêve et de la mentalité primitive. C'est la « pensée organique » directement issue d'un trouble physiologique.

Cette néo-productivité psychique dans les délires chroniques équivaut à une rupture totale avec le passé. L'auteur s'élève contre toute explication fonctionniste, perte d'une fonction mentale normale (fonction du réel (Janet-Bleuler), refoulement (Freud), socialisation (Blondel), appropriation de Ceillier) et contre l'hypothèse de la simple exagération d'une constitution morbide (paranoïaques).

Ces manifestations avec leurs caractères inédits, infor-

mes, tératologiques, cette affectivité qui fonctionne à vide (non-sens affectif, de Clérambault) entraînent une justification délirante : la croyance à un objet étranger qui tend à se substituer à la réalité. Ainsi s'explique la xénopathie. Les thèmes délirants sont des justifications secondaires, des efforts de construction logique. L'évolution interne incomprise est projetée à l'extérieur (personnification). La conscience justificatrice « réalise » ainsi l'Inconscient organique.

Comme d'ailleurs celle de la subduction, cette théorie est très générale, applicable aux névroses et aux psychoses qui se relient par degrés : la neurasthénie, qui consiste pour Hesnard dans un sentiment de fatigue et non dans un épuisement vrai, représente un premier degré de la poussée affective tératologique cantonnée dans les voies de la sensibilité et perçue comme un état pénible. Au-delà se place la psychasthénie avec ses fixations affectives sur des images privilégiées (obsessions), selon l'expression de Bouyer (*a*). Dans l'hystérie la néo-production affective agit sur l'appareil d'expression somatique à l'insu de la conscience. On arrive dans la série pathologique jusqu'aux cas où il y a création d'un faux objet extérieur. Les délires hallucinatoires chroniques sont encadrés d'un côté par les états constitutionnels avec obsessions, à base émotive, et de l'autre par les psychoses aiguës oniriques. On a ici des néo-productions massives d'emblée xénopathiques.

Si les deux conceptions de Mignard et de Hesnard rendent bien compte de l'élément automatisme, production organique, limitation consécutive de la liberté intérieure, elles semblent insuffisantes à expliquer le caractère xénopathique plus particulier, puisque la différence avec les troubles mentaux sans xénopathie ne consistent pour elles que dans une ques-

tion d'intensité, de degré. Leur intérêt s'affaiblit proportionnellement à leur généralité. De sorte que Hesnard adoptera, quant à la xénopathie, les opinions développées plus haut (théories psychanalytiques) en ce qui concerne le contenu (reniement des tendances choquantes), sans toutefois admettre le rôle étiologique intégral du refoulement. Guiraud, d'autre part, dans la théorie suivante, en somme très proche de celle de Hesnard, cherche à pousser plus loin l'hypothèse ; mais au lieu de se tourner vers la psychanalyse il précise l'organicité, il inaugure la notion de dystonie.

*Théorie de Guiraud* (*c, d*). — Les deux termes « cénesthopathies dystoniques » résument la pathogénie des délires hallucinatoires chroniques, car ils soulignent les deux caractères principaux des hallucinations dans ces psychoses : contenu désagréable et xénopathie. Ces derniers traduisent le début de l'atteinte cérébrale et précèdent la période des phénomènes hallucinatoires. Le sujet commence par éprouver une inquiétude d'aspect clinique polymorphe : préoccupations hypocondriaques, état neurasthénique (fatigue, insomnie), psychasthénique (obsessions) ou mélancolique (autoaccusation, idées de suicide). La base de ces manifestations, d'une durée extrêmement variable, est un trouble cénesthésique pénible. Plus tard, ou d'emblée, ce trouble prend une tonalité particulière, inaccoutumée. Le malade se sent changé, anormal. Son malaise lui semble enfin provoqué par autrui, parfois c'est une révélation subite. L'inquiétude première est devenue sentiment d'insécurité, d'hostilité ambiante. De même pour la cénesthésie somatique : les sensations bizarres paraissent envoyées artificiellement. Sur cette situation nouvelle s'exercent les facultés logiques. La voie est ouverte aux interprétations délirantes, qui répondront par leur absurdité

au mystère des impressions. Ainsi se constitue la classique période initiale des délires chroniques, considérée par Guiraud comme essentielle et constante. On voit que cet auteur la partage en deux stades successifs, dans les cas typiques : altération simple de la cénesthésie physique ou morale, ensuite apparition du sentiment xénopathique.

La correspondance neurologique est claire : un facteur toxi-infectieux quelconque atteint électivement les centres cénesthésiques sous-corticaux (incontestables au moins physiologiquement) qui président à la formation du moi (Ribot). Il en résulte soit des malaises localisés à diverses parties du corps, soit une élaboration affective, de l'anxiété, qui traduit dans la conscience la souffrance organique.

D'autre part le défaut d'intégration à la personnalité est conditionné par des différences chronaxiques (1) que réalise l'agent causal dans les zones touchées. Cette dystonie interneuronique altère les influx cénesthésiques, donc le sens de la personnalité. Transposée dans le plan psychologique, elle impose à l'état pénible produit son timbre spécial, sa xénopathie.

Pour franchir le seuil de la période hallucinatoire, il suffit de l'intervention d'un troisième élément, cette fois purement psychologique : le jeu de l'intellectualisation, activité de la conscience qui se représente ce qu'elle éprouve sous forme d'images, d'idées et de langage intérieur. Ce perfectionnement normal jette un pont entre l'affectif et le champ objectif de l'action. Parmi cette dépense d'éléments intellectuels, peu d'ailleurs sont adaptés et se haussent à la valeur pragmatique.

---

(1) Chronaxie : durée qui mesure la vitesse de l'excitabilité neuronique, par conséquent la facilité du passage de l'influx nerveux.

Dans les rêves et la pathologie, ce processus évolue complètement débrayé du réel. Les représentations hallucinatoires, nées d'un état cénesthéso-affectif anormal lui empruntent leurs qualités : leur sens désagréable et aussi leur caractère extérieur au sujet. L'objectivation sensorielle et spatiale n'est qu'un degré plus précis, plus concret de l'intellectualisation. Ce dernier mécanisme n'a rien d'ailleurs de nécessaire. Les cénesthopathies dystoniques en effet le dépassent. Elles comprennent comme forme clinique les psychoses interprétatives chroniques, où le trouble cénesthésique initial retentit sur le raisonnement vigile au lieu de susciter des images émanées directement de l'inconscient (mode onirique).

L'avènement de la période d'état ne représente pour l'auteur que l'application d'une loi générale : l'intellectualisation. Ce qui est morbide et totalement réalisé dans la première période du délire chronique, c'est l'état pénible spécial, et d'autre part le reniement des formations intellectuelles dérivées. Pour l'auteur, les phénomènes xénopathiques, au moins dans les délires chroniques, sont primitivement désagréables, traduisant une pénible impression d'emprise physique ou morale. Si, à côté des voies moqueuses ou injurieuses, on observe des manifestations d'apparence neutre, comme l'écho de la pensée, ceux-ci répondent en réalité au même processus: pénétration et divulgation du moi intime.

En résumé, un excitant pathologique des centres de la cénesthésie avec dyschronaxie entraîne une néo-affectivité parasite qui rompt avec la synthèse personnelle, prend une forme intellectualisée. Telles sont les trois étapes qui aboutissent aux hallucinations des délirants chroniques, les deux premières, imprécises, pouvant passer inaperçues.

La théorie que nous venons d'exposer constitue un degré

de plus vers l'organicité exclusive, dont de Clérambault se fait le défenseur. Si le caractère xénopathique traduit directement pour Guiraud des différences chronaxiques, l'auteur refuse aux autres caractères de l'hallucination (contenu, production automatique) des correspondances organiques aussi immédiates. Seule la poussée cénesthésique pénible et étrangement sentie coïncide avec une atteinte neurologique. Les diverses variétés d'hallucinations ne résultent pas de localisations spéciales. C'est dans la première période du délire de Magnan que la psychose puise ses éléments essentiels. Sur cette base peut se développer une pure interprétativité progressive, de sorte que pour Guiraud l'hallucination n'est qu'un cas particulier du syndrome xénopathique.

Cet auteur considère les délires systématisés secondaires (Anglade) (*a*), notamment les délires post-mélancoliques, comme des cas où la période initiale a été particulièrement importante et artificiellement distinguée dans l'ensemble de l'évolution. L'apparition d'une dystonie à un moment donné introduit les impressions xénopathiques.

Guiraud se réclame, en somme, de la tradition psychologique sur la priorité affective conciliant le rôle du « sentiment du corps » dans la personnalité (Ribot) avec la notion nouvelle de dystonie, il localise cette dernière altération neurologique dans les voies cénesthésiques terminales. De sorte que pour lui, la xénopathie proviendrait non seulement de la dyschronaxie, mais d'un trouble antérieur de la synthèse mentale, et sa conception, par ce côté, pourrait se rattacher aux théories groupées dans le chapitre suivant. Elle se rapprocherait également beaucoup de l'opinion de Dide (*b*) selon laquelle le passage aux formes dégradées, automatiques de la

pensée est *secondaire* à un déficit de l'apport affectif sous-cortical.

L'hypothèse de Guiraud semble rencontrer une objection (de Clérambault) (*h*) : Un trouble général de la cénesthésie supérieure explique mal les xénopathies partielles et isolées parmi le stock des représentations. Guiraud pourrait alors opposer le mécanisme de l'intellectualisation avec choix limité aux évocations susceptibles d'exprimer l'état pénible antérieur. Ce dernier pourtant n'est qu'initial, et au cours de l'évolution les hallucinations vont se multiplier tandis qu'il n'y a plus rien à intellectualiser. Il faut noter que l'auteur attribue aux phénomènes hallucinatoires neutres et anidéiques (de de Clérambault) une pathogénie directement toxique ou vasculaire, bien distincte des cénesthopathies dystoniques.

*Théorie de de Clérambault* (*a, b, c, d, e, f, g, h*). — Si l'organicisme occupe l'avant-garde de la science, l'auteur marche à la tête de la caravane. Il voit l'essentiel des psychoses hallucinatoires chroniques dans le syndrome Automatisme Mental, première manifestation morbide, au moins en principe, et production directe, sans aucun intermédiaire idéo-affectif, du fonctionnement autonome de groupements neuroniques cérébraux, excités par un agent quelconque généralement toxi-infectieux (alcoolisme, syphilis, encéphalite, puerpéralité, ménopause, urémie, ictus, etc.) à processus évolutif lent et atténué. Ce syndrome, dont l'auteur a publié de fines analyses, dépasse les limites de l'hallucination classique et désigne l'ensemble des états psychiques conscients doués de xénopathie. Ce dernier caractère résulte de troubles infinitésimaux (notamment chronaxiques) déterminés par la lésion qui peut, selon son siège variable, donner cette forme auto-

matique à n'importe quels éléments de l'échelle des faits psychiques allant des plus simples aux plus complexes : sensitifs, moteurs, affectifs, volitionnels, sensoriels ou abstraits. L'atteinte subtile se propage en suivant les divers trophismes histochimiques, les voies dont la chronaxie est la plus rapprochée et les zones de moindre résistance. Les exemples abondent de ces électivités toxiques : zoopsie alcoolique, lilliputiens des chloraliques et du peyotl, effluves tactiles de la cocaïne.

Il apparaît au début des troubles nettement mécaniques de la pensée, dénués de tout contenu affectivo-intellectuel : de l'écho par déviation de l'influx nerveux d'un circuit normal à un circuit parallèle néo-formé, de la substitution de mots, du décalage, des interférences soit avec inhibition (vide de la pensée) soit avec impulsion (intuitions), des embarras de la pensée qui peut être coupée en plusieurs temps, l'apparition de documents inutiles et obsédants, le dévidage automatique des souvenirs (mentisme hallucinatoire), des jeux de mots divers. Tout s'explique par des blocages ou des facilitations anormales dans les transmissions interneuroniques. L'impression d'étrangeté traduirait le siège inhabituel du point de départ de certains circuits.

Ces manifestations constituent le type pur de l'AM, et sont réalisées en dehors de tout délire dans l'hallucinose chronique ou passagère (stade initial d'un délire systématisé), au cours des tumeurs cérébrales (Thèse Baruk). « L'hallucination d'hôpital doit servir de base à l'étude de l'hallucination d'asile. »

Cette explication s'oppose aux tendances idéogénistes antérieures qui décrivaient le persécuté comme un malade de l'intelligence, d'abord interprétant, puis halluciné en passant par l'hallucination élémentaire et l'illusion sensorielle :

les représentations mentales sont projetées à l'extérieur à force de se charger d'attention. Ainsi les phénomènes d'athématisme, longtemps négligés par le médecin à l'imitation du malade, se trouvent instaurés dans leur importance pathogénique. Peu à peu, l'AM va s'enrichir d'éléments étrangers à son essence première : il prend un ton agressif (injures, menaces) parfois flatteur ; il s'organise intellectuellement, et par une différenciation progressive se concrétise et se sensorialise. Son évolution s'effectue conformément à ses lois intrinsèques : les lésions localisées agissent à distance sur les territoires connexes par sommation ; mais ainsi sont mises en activité des zones à rendement inutile, voies où passent le plus facilement les influx de qualité inférieure. C'est la loi de Dérivation qui les dirige de préférence vers les bas-fonds, en exploitant les déchets de la pensée. Ces rebuts, normalement oubliés, deviennent subversifs pour la conscience productive, et exercent une véritable tyrannie. La Dérivation par sa face neurologique tend à descendre les degrés dans la hiérarchie fonctionnelle des centres, et par sa face psychologique entraîne des rabâchages grossiers et stériles, peut-être comparables à ceux des obsédés (coprolalie, obscénités, absurdités verbales diverses). Elle livre la conscience aux modes primitifs, prélogiques du raisonnement : analogies verbales, jeu de l'association par contraste, goût du nombre, du rythme, des formules.

D'autre part, les zones cérébrales dissidentes, recevant les ondes émotives d'origine sous-corticale (et souvent celles mêmes qu'elles provoquent), les assimilent, les exagèrent comme un instrument de résonance (loi de l'Amplification) et les défigurent (loi de la Déformation). Des cercles vicieux s'établissent entre le psychisme indemne dont l'affectivité ré-

agit à l'AM et celui-ci, véritable « réactif de l'émotion », qui complète son thématisme propre. Ces données spontanées, surgies de l'inconscient tout organisées, douées d'habitudes indiscrètes et contrariantes, amplifiées jusqu'à l'hostilité, expliquent mécaniquement la construction d'un délire de persécution comme une néo-personnalité factice, agrégat automatique des rebuts de l'esprit, consolidée sans cesse et devenue exubérante.

A côté de cette évolution insidieuse et progressive des psychoses chroniques, on peut rencontrer toutes les variétés cliniques de l'AM, selon l'activité de la cause ou la résistance du terrain (proportionnelle à l'âge) pour une cause d'égale intensité. Ainsi dans l'onirisme terrifiant, l'AM apparaît d'emblée objectivé dans l'espace et thématique.

Dans les cas purs décrits précédemment, l'éclosion de l'AM se produit au sein d'une mentalité normale. Ce sont les «faux persécutés ». L'idée de persécution dépend en effet du coefficient de réaction personnelle. Fréquemment, au contraire, le sujet présentait une constitution morbide antérieure, ou bien la même cause a déterminé une altération concomitante des autres éléments psychiques (de même qu'on a décrit dans les séquelles de l'encéphalite épidémique, à côté des formes hallucinatoires, des troubles acquis du caractère). S'il y a euphorie, l'AM est considéré par le sujet comme une expérience utile au bien de l'intéressé ou de l'humanité ; s'il y a tendance dépressive, hyperémotivité, l'AM peut favoriser un état mélancolique. Autour de l'AM comme pivot se grouperont en proportions diverses l'interprétativité, les tendances paranoïaques, imaginatives ou hypocondriaques pour réaliser des variations infinies au thème initial dans son organi-

sation et dans les systèmes surajoutés : Le délire chronique de Magnan est une association complexe.

Nous arrivons avec cette théorie au point culminant des explications organicistes de la xénopathie. L'auteur admet une correspondance rigoureuse entre ce trouble mental et des rouages compliqués et subtils de la machine cérébrale : Outre la disposition même des systèmes conducteurs altérés (leur échelonnement), des déviations, des lacunes dans la transmission inter-neuronique peuvent entraîner une gêne dans l'annexion au moi avec une impression d'incomplétude (visions cinématographiques, voix artificielles). De cette façon seraient perçus les faux-pas de l'influx nerveux, grâce à une cénesthésie cérébrale supposée (1). Des plans nouveaux dans les circuits imposent irrésistiblement à la conscience, saine par ailleurs, des automatismes tout formés (combinés selon les circonstances matérielles de topographie, de tropismes, d'électivités histo-chimiques), inattendus, étranges, absurdes, contradictoires. Ce processus parasite reste « une pensée qui s'extériorise » (Heuyer). La xénopathie fait donc partie intégrante des caractères automatiques, c'est-à-dire, au fond, neurologiques.

De plus, le thématisme secondaire de l'AM dont l'origine n'est pas moins mécanique, fait complètement chavirer le sens critique. Enfin les éléments préexistants du caractère contribuent encore à la netteté de la xénopathie. Le paranoïaque verra dans l'AM un témoignage d'hostilité.

La doctrine de l'automatisme mental n'est pas moins synthétique que les précédentes. Elle rapproche les psychoses

(1) Hesnard (*d*), page 24, rappelle que d'importantes sections pratiquées dans le cerveau peuvent laisser le sujet insensible.

hallucinatoires chroniques des psychoses aiguës nettement toxiques, qui lui servent de base. De même que Tamburini comparait l'hallucination à l'épilepsie, elle part de l'élémentaire, insistant sur les passages entre des phénomènes de simple excitation sensorielle et les hallucinations complexes : Heuyer assimile la prise de la pensée à l'illusion des amputés.

L'ancienne observation de Lwoff et Condomine (1909) (*a*) dont le résumé suit, pourrait représenter un cas pur d'automatisme mental, alors que Guiraud l'opposerait à sa pathogénie des délires hallucinatoires chroniques. Il s'agit d'une artério-scléreuse de 76 ans, atteinte d'une surdité prédominant à gauche et qui, à une époque précise et toute récente, présenta en pleine quiétude des manifestations hallucinatoires sous forme de *cantiques*. Elle va, le premier jour, demander aux voisins s'ils n'en ont pas été incommodés. Bientôt les voix uniquement localisées du côté gauche exploitèrent des thèmes assez confus de mysticisme, d'érotisme et de persécution. La malade converse avec elles, et leur demande parfois le rappel de ses souvenirs. Les auteurs admettent que la lésion périphérique de l'ouïe, trop ancienne, n'a fait qu'orienter la direction unilatérale des voix.

Un autre exemple d'automatisme mental à base organique est constitué par un beau cas de Leroy et Rogues de Fursac (1919) (*c*), véritable forme paranoïde de la névraxite syphilitique (cf thèse de Mlle Serin) (*a*). Ce malade, à l'âge de 56 ans, entend un soir des bruits, puis des chansons incoercibles, enfin des voix persécutrices et ordurières. Il construit alors un thème fantastique de métempsychose. Ces voix sont celles des « gazelles » qui naissent de la putréfaction des morts et n'ont gardé de l'humanité que les bas instincts. Le malade symbolise ainsi la « Dérivation » inférieure de l'auto-

matisme. Les gazelles sont en effet grossières, indiscrètes, ironiques, mauvaises conseilleuses. Leur peuple constitue le type de la « Personnalité seconde » douée de remarquables propriétés *mécaniques* : lorsque le malade veut lire, les voix en écho font une « cacophonie épouvantable ». A noter les interréactions avec la personnalité première : les gazelles se vexent beaucoup si le sujet fait mine de ne pas les entendre ; de plus elles se fâchent et menacent lors d'essais électrothérapiques réclamés par le malade. Leur colère redouble après chaque séance. Au point de vue physique, il y avait des symptômes tabétiques. Un état démentiel, de nature paralytique, a progressivement évolué. Enfin, chez ce malade, des troubles objectifs de l'audition jouaient peut-être un rôle dans ses hallucinations de l'ouïe, primitives et nettement sensorielles.

Santenoise, dans une Conférence du 19 février 1927, à l'Infirmerie Spéciale, exposant le résultat de ses importantes recherches sur la relation du tonus végétatif et des troubles mentaux, apporte prudemment des arguments physiologiques à la conception chronaxique de l'AM. Nous résumons les différentes propositions qu'il développe :

1° La vagotonie augmente la sensibilité cérébrale aux toxiques (action inverse de l'atropine et de l'ésérine).

2° Cette fixation des poisons sur la cellule nerveuse résulte d'une modification du milieu humoral, par l'excitation des filets thyroïdiens de la X^e^ paire.

3° L'association vago-thyroïde favorise la collodoclasie cérébrale (épilepsie, manie, anxiété).

4° Par le même mécanisme thyroïdien, la vagotonie diminue la chronaxie corticale, entraînant des manifestations d'hyperexcitabilité (convulsions).

5° Enfin, notion intéressante pour notre sujet, dans les

variations chronaxiques provoquées expérimentalement (par agents pharmacodynamiques vagotropes positifs ou négatifs), les chronaxies peuvent se trouver simultanément différentes dans les diverses zones motrices, ce qui aura pour conséquence des phénomènes de diffusion dans les réponses, des concomitances arbitraires.

N'est-ce pas ici la frappante image du mécanisme de la dissociation dans l'automatisme mental ?

## COMMENTAIRES

Considérons les quatre théories groupées ici, et cherchons leurs similitudes et leurs différences. Du seul point de vue de la xénopathie, elles se ressemblent par l'importance du facteur organique invoqué. Pour elles, la propriété des hallucinations d'être extérieures au moi leur est primitivement inhérente et tient à la révolte de l'inférieur : c'est la subduction (Mignard), la pensée organique (Hesnard), la dérivation péjorative (de Clérambault). Ce caractère ne tire donc pas son origine d'un trouble antérieur de la conscience, mais de la propre manière d'être de ces phénomènes hallucinatoires. L'intellectualisation les parachève pour Guiraud, mais la qualité xénopathique était déjà impliquée dans le trouble cénesthésique préexistant, issu directement d'une atteinte matérielle. De même pour de Clérambault, celle-ci commande *à la fois* la production et la non-annexion de l'automatisme mental. C'est une pensée insuffisamment intégrée parce qu'elle correspond à un état organique partiellement anormal. Dystonie et xénopathie deviennent presque synonymes et sont les deux faces objective et subjective d'un même phénomène. En somme, il s'agit toujours dans ces théories d'une

attitude, en soi logique, de la conscience saine qui ne peut que s'abuser en présence de perturbations nerveuses évoluant à son insu. La xénopathie agit sur un esprit normal par ailleurs comme une donnée nouvelle et inattendue. De Clérambault parle de syndrome de *passivité* comme synonyme d'AM, de même Mignard oppose l'auto-conduction active à la subduction, état *passif* du psychisme.

Quant aux différences, nous avons adopté l'ordre précédent d'exposition afin de faire ressortir la gradation progressive vers l'organicisme intégral. Mignard admet l'irréductibilité de la substance spirituelle et conçoit la xénopathie comme une réaction de l'esprit, une perception fausse des actions d'en bas, des subductions morbides. Avec Hesnard naît la notion du parasitisme mental, tératologique, la part des processus purement psychiques : mécanisme de l'intellectualisation d'un intermédiaire cénesthéso-affectif. De même pour Guiraud ; mais chez cet auteur apparaît la conception de la dystonie xénopathique, laquelle enfin se retrouve chez de Clérambault, pour qui tout est mécanique, même le contenu (relations histo-chimiques, électivités toxiques, associations par groupements neuroniques, frayage de voies, extension serpigineuse).

A mesure que l'on arrive à une théorie plus directement organiciste, on voit le côté *Multiplicité* l'emporter sur la notion de l'*Unité*. Considérons, en effet d'une part le psychisme, facteur de groupement et d'autre part les états psychiques distincts les uns des autres (dans la durée et non dans la simultanéité, pour Bergson). Or, toute divisibilité vient de l'organisme matériel. La doctrine de l'automatisme admet l'existence d'éléments psychiques spontanés évoluant avec leurs lois propres, en effritant la synthèse mentale. De même

l'associationnisme se représentait l'esprit comme un composé d'éléments, de cellules psychiques susceptibles de se détacher pour vivre d'une vie autonome. De là sont nées les théories de l'hallucination qui invoquent une dissociation de la personnalité ; il s'agit, en somme, plus d'une constatation du malade que d'une véritable explication. D'ailleurs, remarque Mallet (*a*), par ce terme, le Professeur Gilbert Ballet voulait seulement insister sur le fait que le malade n'intègre plus ses idées à sa conscience.

Revaut d'Allonnes (*a, c, d, e*) a créé le vocable de polyphrénie pour désigner la dissociation mentale liée aux hallucinations de tout ordre (sensorielles, motrices et psychiques) et correspondant à la polymimie : c'est donc pour l'auteur un fait objectivement constatable. Il oppose les psychoses hallucinatoires dislocantes avec vol de la pensée (de même que Ballet, Sérieux et Capgras, de Clérambault) aux psychoses interprétatives agglutinantes.

Ceillier (*f*) (de même que Dwelshauvers : L'inconscient) rappelle les critiques soulevées par l'associationnisme.

D'autre part, les processus qui troublent la synthèse mentale sont trop généraux, invoqués trop fréquemment, pour fournir de la xénopathie une explication exclusive et complète. Ainsi, on parle vaguement d'atteinte du moi par relâchement des associations dans la schizophrénie, rétrécissement de la conscience dans l'hystérie, désagrégation dans les délires d'influence. Malgré ces différences terminologiques, les distinctions semblent, sur le plan théorique, sinon clinique, bien imprécises. De plus, la notion de dissociation psychique tombe sous les critiques émises par Hesnard à l'égard du fonctionnisme, puisqu'elle se ramène à la déclaration suivante : le malade présente un déficit d'une fonction

supposée de synthèse et d'intégration. Minkowski (*b*) s'élève contre ces fonctions normales improvisées pour les besoins d'une théorie : l'appropriation (Ceillier), la cénesthésie (Guiraud). Enfin, avec Mignard, il conteste nettement la réalité objective de la désagrégation. Tous deux isolément soutiennent que la conscience ne peut être morcelée, qu'il n'y a pas véritable dissociation. Ce mot n'est qu'une expression métaphorique des malades, empruntée à une représentation *spatiale* qu'ils se font de leur pensée, indépendante, en réalité, de l'étendue (Bergson). La xénopathie répondrait à une impression toute subjective, révélée par une introspection éminemment relative (Hesnard) (*d*). C'est l'idée même du moi qui est troublée. Les malades se présentent, par exemple, dédoublés, possédés. Si l'on verse dans la même illusion, prenant comme fait réel la dissociation du moi, on tend à oublier la spécificité des états psychiques, domaine de la durée indivisible, et à les transposer dans celui de la neurologie, d'apparence plus scientifique (désagrégation intracérébrale de Meynert entre l'écorce et les centres sensoriels, séjonction de Wernicke). D'où l'hypothèse des troubles chronaxiques, aspect matériel de la xénopathie.

Cette conception xénopathie-dystonie ne peut échapper aux classiques objections soulevées par toute psycho-physique, qui prétend réduire à des quantités mesurables, spatiales et à une morphologie objective des qualités subjectives, des données de la conscience, résultats probablement lointains et indirects d'une perturbation cérébrale encore insaisissable.

Minkowski met en garde contre le « saut dans le vide » qu'implique ce parallélisme étroit organo-psychique ( « automatismes neurologiques déréglés » de Mignard). Dwelshau-

vers (*a*) pense que tout le cerveau participe aux troubles mentaux comme à la psychologie normale; il rejette les conceptions géographiques ( « zones dissidentes » ).

Revaut d'Allonnes (*e*), pour concilier les deux opinions, fait appel à la distinction entre la *personnalité* toujours une et *l'individualité*, notion plus vaste; il recommande de ne pas confondre psychisme et conscience. Le moi se cantonne dans un des produits de la fragmentation intérieure. Refoulé, ce moi résiduel ne réalise plus qu'une synthèse partielle, incomplète. Il est profondément diminué.

Ainsi l'auteur envisage l'importance des troubles psychologiques chez le sujet halluciné du fait de sa dislocation mentale. Il insiste sur l'insuffisance de la perception du réel, l'incuriosité (Lasègue), les explications rudimentaires de ces malades. « Trop souvent l'hallucination est contemplée en abstraction, isolée de l'halluciné lui-même ». De son côté, Bouyer (*a*), étudiant le fonds mental des hallucinés, constate le trouble de leur objectivité (retard de leur attention, perceptions incomplètes).

Nous arrivons par cette voie au groupe suivant des conceptions de la xénopathie pour lesquelles l'origine de cette impression se trouve dans la conscience du sujet.

## Théories de la Conscience

Selon ces théories, l'impression de xénopathie provient non plus du phénomène hallucinatoire considéré en lui-même, de ses caractères automatiques ou de sa signification affective, mais d'un trouble primordial de la conscience, qui entraîne invinciblement cette conséquence subjective : la xénopathie. Celle-ci devient le symptôme d'un fait plus général. Ces théories considèrent l'hallucination dans ses rapports avec son milieu mental. Elles interposent des mécanismes psychologiques entre l'hallucination, production dernière et le substratum organique, sans préjudice d'ailleurs de ce dernier. Dans l'ensemble, il s'agit d'un déficit primitif de la conscience, avec trouble dans l'identification du réel. Les opinions que nous allons exposer sur la nature de ce déficit correspondent à peu près à ces quatre modes de processus : affaiblissement, perversion, discordance et régression.

*Théories du Contrôle.* — (Taine (*a*), Grasset, Bernheim). On se base depuis longtemps en psychologie sur l'antagonisme entre le contrôle volontaire (centre o du polygone de Grasset) et l'automatisme, l'imagination, les formations involontaires issues de l'inconscient. S'il arrive que l'inhibition supérieure ne les tient plus en respect (confusion mentale), elles peuvent apparaître au sujet avec une force hallucinatoire. On peut noter une antithèse comparable dans la *réduction* de Taine. Normalement les représentations menta-

les cèdent le pas à l'intensité des apports sensoriels extérieurs; or, cette subordination se trouve renversée si la perception est obscurcie. On pourrait expliquer de la sorte la rareté des hallucinations visuelles comparées aux auditives lorsqu'il y a conservation de la lucidité, les yeux du sujet étant constamment sollicités par les objets ambiants.

Bernheim (*a*) avec Taine estime que l'hallucinabilité représente, en vertu de la tendance naturelle des idées à se réaliser, à se faire acte, une fonction normale de l'esprit, s'exerçant lorsque toute circonstance diminue le contrôle ou exalte l'automatisme. Ainsi, les hallucinations physiologiques (rêves, psychonévroses) et pathologiques, reconnaissent le même mécanisme.

Cet idéo-dynamisme (idéogénie, dirait de Clérambault) paraît un peu périmé. Chez ces auteurs, on ne voit pas bien la distinction entre l'hallucination et la simple représentation mentale vive (Baillarger) : la notion de xénopathie n'est pas nettement dégagée.

*Théories de l'interprétation.* — Sans doute la xénopathie est toujours une appréciation du sujet sur certains de ses propres événements psychiques. Mais d'après ces théories, la cause de cette erreur consiste dans une déviation morbide, un trouble de direction (Toulouse) (*b*) de la conscience elle-même, plutôt que dans les qualités propres des automatismes.

Pour Blondel (*a*), au point culminant de l'idéogénie, l'hallucination vésanique ne serait qu'une « forme extrême de l'interprétation délirante », de sorte qu'il faut distinguer de la variété *passive* appartenant à l'onirisme l'hallucination *active* élaborée par le psychisme tout entier.

On a pu aussi assimiler à de simples interprétatifs orientés sur leur vie intérieure (Sérieux et Capgras) (*a*) les malades dont le syndrome xénopathique reste incomplet, non sensoriel, non extériorisé dans l'espace et réduit à des phénomènes d'influence physique ou morale. Cette forme de xénopathie peut, en effet, se trouver noyée à travers une activité interprétative s'étendant aux propres faits et gestes du sujet et même à ceux de son entourage.

Le Professeur Claude (*a, b, e*) insiste sur la rareté de la véritable hallucination sensorielle, qu'il limite strictement aux cas dont l'origine organique est avérée. Quant à la foule des soi-disant délires hallucinatoires, il s'agit de ruminations mentales anciennes, d'une hyperendophasie développée sur un fond d'excitation (appoint éthylique) et que le malade interprète dans le sens d'une manœuvre étrangère. L'auteur réunit, en effet, ce vaste groupe de psychopathies sous le nom de *syndrome d'action extérieure*. A l'origine de cette perversion spéciale de la conscience, il mentionne des facteurs complexes chez des prédisposés, des conflits affectifs qui ressortissent à la psychanalyse, le rôle d'une constitution paranoïaque, des processus imaginatifs et de la simulation plus ou moins consciente. Entre la résultante clinique et le substratum biologique, une psychogénie doit s'interposer. Elle aboutit au sentiment d'influence et à l'interprétation exogène d'automatismes psychiques qui peuvent évoluer jusqu'à donner l'illusion de la perception sensorielle. Jamais ces phénomènes ne dépassent le stade pseudo-hallucinatoire.

Pour Devaux et Logre (*a*), le passage de l'obsession au délire d'influence est une question d'interprétation, dominée par des facteurs constitutionnels : le caractère paranoïaque, dans sa variété « introspective ». C'est précisément le cas

des délires induits (Logre), dont la formule est la suivante : psychose inductrice + tendances paranoïaques, et dont le pronostic est celui de l'élément inducteur. Logre et Heuyer (Congrès de Strasbourg, 1920) (*a*) ont décrit des idées d'influence curables au cours de la manie.

A propos d'un cas, Chaslin et Alajouanine (*b*) insistent avec le Professeur Claude, Quercy, Ceillier, sur la facilité d'illusion sensorielle que présentent ces malades, en raison d'un état émotif, d'une hyperattention auditive, d'une impression de présence comparable à celle des mystiques. Pour ces auteurs, il ne s'agit que d'un automatisme psychique interprété.

*Commentaires*. — On peut se demander avec Lévy-Valensi (Rapport au Congrès de Blois, p. 38) (*b*), si la simple interprétation de représentations mentales vives peut rendre suffisamment compte de la xénopathie. Séglas (cité par Ceillier, Delmas (*d*), en fait au contraire une donnée immédiate de la conscience. Comme Petit le développe dans sa thèse (page 50) pourquoi cette conviction constante et très spéciale d'influence, si elle ne résulte d'un fait inédit et primitif de l'expérience interne ? L'impression xénopathique paraît bien liée au phénomène automatique éprouvé d'emblée avec son caractère de dépersonnalisation. Selon de Clérambault, l'AM et sa non-annexion sont des produits simultanés de l'agent organique. Cet auteur est ainsi amené à rendre le terme AM synonyme de syndrome xénopathique. Dans les cas très intriqués, il est sans doute difficile de faire la part des deux phénomènes hallucination et interprétation. Cependant la présence d'idées d'influence au milieu d'un vaste délire interprétatif permet ordinairement de conclure à l'existence d'un

syndrome xénopathique discret et dissimulé. Née d'un premier trouble automatique *senti d'emblée comme étranger*, la notion d'influence, une fois admise, se généralise concentriquement à toute idée, acte, émotion. La distinction entre le noyau xénopathique et son auréole interprétative peut se faire si l'on observe :

1° Le temps qui sépare le fait allégué et la conviction d'une origine étrangère — on observe, en effet, de nombreuses interprétations rétrospectives dans le sens influence. La xénopathie est, au contraire toujours précoce.

2° La nature et la fréquence des phénomènes — l'interprétation secondaire est évidente lorsque le sujet prétend qu'on influence autrui ou les objets, ou encore la généralité de ses actes (se lever, marcher, etc...).

Au contraire, s'il s'agit de pensées transmises, plus rares, et à contenu inaccoutumé, la xénopathie légitime est probable. De même, pour les troubles sensitifs et cénesthésiques que l'on se refuse parfois à qualifier d'hallucinatoires : cependant, les malades les éprouvent d'emblée comme artificiels, provoqués, et ils se montrent persistants, alors qu'on ne trouve d'ordinaire à l'examen viscéral aucune justification périphérique.

Le terme « interprétation » étant largement compris, la donnée xénopathique se ramène au fond, répétons-le, à une interprétation du sujet, mais elle est *immédiate* et elle nous semble irréductible à un simple jugement secondaire. Un de nos malades disait textuellement : « On a au plus profond de soi-même l'impression de quelque chose qui n'appartient pas à votre personne ».

*Théorie de P. Janet.* — Au Congrès de Blois (1927),

cet auteur a insisté sur le rapprochement de la xénopathie avec certains troubles de la conscience, qu'il groupe sous le nom générique de *sentiment du vide*. Il s'agit, par exemple, de l'incomplétude dont souffrent les psychasthéniques, de l'anesthésie affective des mélancoliques (ébauche du syndrome de Cotard), des impressions extensives d'étrangeté et d'irréalité. Or, le sentiment d'automatisme et d'influence étrangère — à ne pas confondre avec l'automatisme objectif — n'est qu'un cas particulier du sentiment du vide. Ces manifestations psychologiques s'expliqueraient par un fonctionnement défectueux des centres régulateurs du psychisme localisés à la base du cerveau (Camus (*a*), Lhermitte) (*a*).

*Théorie de Bleuler.* — Nous allons esquisser rapidement la conception schizophrénique, puis chercher comment elle peut servir de base à une explication de la xénopathie, qui serait applicable d'ailleurs à de nombreux cas, puisque le cadre bleulérien englobe toute la démence précoce selon la première manière kraepelinienne, comprenant les délires chroniques hallucinatoires et d'influence. Les fonctions mentales du schizophrène sont altérées seulement dans leurs interrelations et leur cohérence. Ce relâchement des associations dépend de troubles organiques non précisés par l'auteur. On retrouve généralement chez les sujets atteints une prédisposition schizoïde caractérisée par l'autisme : concentration sur soi-même avec abaissement de l'intérêt à la réalité extérieure et des fonctions pragmatiques. On conçoit que chez de tels « introvertis », le psychisme, appareil de relation privé de la régénération constante qu'il recevrait au contact du milieu objectif et de l'action, se montre particulièrement fragile et en équilibre instable. Toute cause occa-

sionnelle : traumatisme affectif, toxi-infection, peut désaxer ces fonctions mentales, mal hiérarchisées et non consolidées par l'expérience. Deux éléments dominent donc l'étiologie : un facteur d'hérédité et de terrain (schizoïdie) et un facteur nocif de nature évolutive (Minkowski, La Schizophrénie). L'irréel, comme dit Hesnard, est le seuil de la psychose. Ainsi le passage facile du schizoïde au schizophrène correspond à un envahissement de la dissociation évoluant du dehors vers le dedans. La dysharmonie d'abord située entre le psychisme et le monde extérieur, devient alors intra-psychique. A la suite de cette première étape perturbatrice, il se produit une réaction psychogène secondaire de regroupement associatif entièrement dominé par les forces affectives profondes qui créent des centres attractifs. Il en résulte une personnalité morbide, une pensée délirante livrée sans contrôle aux mécanismes freudiens (symbolisme, transfert, condensation, substitution). Le malade vit dans un monde subjectif, produit du dynamisme intérieur qui s'exprime en dehors du réel, à la faveur du mode autiste. Sans souci d'objectivité, la conscience du schizophrène croit vrai ce qu'elle désire ou craint, tout ce qui en somme l'impressionne par une charge affective de signe quelconque (de même que dans le rêve), elle confond l'image-souvenir et l'image-perception ; « pour elle il n'y a pas de différence entre avoir et possibilité d'avoir » (Bleuler).

Or, la xénopathie, l'attribution à autrui de certaines manifestations psychiques, pourrait être comprise comme un cas particulier de cette formation d'une réalité factive. La clinique montre, en effet, combien l'état discordant de la conscience est favorable aux troubles de la personnalité, de l'idée du moi. On observe fréquemment dans la schizophré-

nie des modifications de la cénesthésie, des sentiments d'étrangeté intérieure, de dépersonnalisation. La prise et l'écho de la pensée, les idées d'influence si importantes chez ces malades dépendent peut-être directement de ces altérations de leur conscience.

Bleuler (*b*) admet deux pathogénies : les hallucinations des schizophrènes résulteraient d'abord d'excitations nerveuses interprétées, puis elles seraient capables de se reproduire uniquement par voie psychique. Le problème de la xénopathie et celui de la schizophrénie voisinent quant aux relations de la conscience avec le milieu ambiant. Les psychanalystes voient dans la discordance et le paradoxalisme schizophrénique un trouble foncier des instincts (cf Codet et Laforgue) (*a*). Le schizoïde ou schizonoïaque est un arriéré affectif fixé au stade narcissique et qui fuit dans l'autisme par une intériorisation compensatrice des appétences, tandis qu'il scotomise, c'est-à-dire supprime, oublie le monde extérieur en tant que tel. Or, cette disposition peut rendre compte de la xénopathie. « Ce mécanisme d'inversion affective, disent Codet et Laforgue, paraît aussi pouvoir expliquer certaines hallucinations chez les schizophrènes, qui arrivent à traiter leurs propres représentations comme faisant partie de l'ambiance. Beaucoup de ces malades jugent d'après eux-mêmes et tendent à identifier le monde extérieur avec leur propre personne. Une conséquence en est qu'ils attribuent à autrui leur propre tendance sado-masochiste ».

Notons que contrairement à ces rapprochements, Minkowski (*d*), préférerait une scission pathogénique entre les psychoses à automatisme mental et les psychoses schizophréniques.

*Théorie de Minkowski* (*a, b*). — L'auteur part de notions bergsoniennes : il y a manifestation xénopathique lorsque s'aggrave la tendance habituelle à oublier notre moi vivant et nuancé au profit des représentations qui participent de l'étendue divisible. Tandis que s'efface de notre attention le dynamisme interne qui évolue dans la durée, nous découpons artificiellement notre esprit en abstractions maniables, monnaie commode. Mais nous n'en sommes pas dupes noralement. Si mince soit-elle, une frange qualitative assure leur adhérence à notre moi.

Au contraire, l'halluciné prend au sérieux le jeu de la connaissance. Les éléments empreints de spatialité, les facteurs rationnels passent du rôle métaphorique à la dignité d'objets réels. Ils deviennent alors pour la conscience encombrants et tyranniques. Le moi, pris au piège de ses habitudes d'attention objective, s'abuse sur la nature de ses propres conceptions, comme si la pure qualité devenait perméable aux données quantitatives. Pour cette « mentalité bipolaire » un monde factice équivaut au réel et se superpose à lui. Des représentations d'actes, des images, des pensées particulières paraissent au sujet venir du monde extérieur. D'où la conviction de forces occultes, d'influences mystérieuses. Ainsi se forme la personnalité seconde (de Clérambault). Ce processus entraîne diverses *interpénétrations* entre les trois notions : moi moral, moi corporel et choses extérieures. La xénopathie en est un cas particulier. Chez les cénesthopathes, il y a envahissement du sentiment qualificatif de la personne physique par des représentations sensorielles, spatiales : le luxe de métaphore habituel à ces malades répond à autre chose qu'à de simples comparaisons.

Le syndrome d'AM (de Clérambault) signifie le viol

de la conscience par des représenttaions de l'entourage. Il se produit de curieux échanges entre ces deux domaines, c'est le vol de la pensée, l'impression d'éparpillement du moi qui « porte toujours en lui une ombre de monde extérieur » n'arrivant plus à se trouver lui-même.

Nous avons mentionné plus haut que pour Minkowski, les malades ne présentent pas de réelle dissociation psychique, mais qu'ils se sentent dissociés et se servent ainsi d'une expression empruntée aux images de nature spatiale.

*Théorie tirée de Blondel* (*b*). — Dans son étude sur la conscience morbide, bien que cet auteur ne parle pas explicitement des phénomènes hallucinatoires, il nous semble intéressant de leur appliquer ses idées.

Comme Minkowski, il oppose les deux ensembles « conscience socialisée » et « psychologique pur », et il incrimine leur interpénétration. Mais tandis que pour l'auteur précédent, la partie quantitative et rationnelle empiétait sur l'élément qualité, usurpant une valeur de réalité, ici c'est l'inverse : l'acquis social et conceptuel se laisse envahir par la partie profonde et indifférenciée, normalement refoulée et subconsciente, qui répand le désordre dans le psychisme. L'irruption du qualitatif y installe la continuité, la fusion, détruit les hiérarchies interconceptuelles, dégrade et « déso calise » l'activité mentale. Celle-ci fonctionne alors par analogies affectives, « participations mystiques » de Lévy-Brühl ; elle régresse vers les modes primitifs de pensée. Le langage s'altère, le sens des mots se diffuse : « cœur-organe » et « cœur-sentiment » tendent à se confondre.

Au début, le sujet éprouve une impression d'étrangeté, de mystère, d'anxiété, tant qu'il n'aura pu satisfaire son

besoin de définir, de délimiter, car il lui reste le souvenir de l'état normal, autrefois dominé par des principes logiques (causalité, etc...). Il projette son présent dans le passé et dans l'avenir, « la durée lui paraissant devoir être inscrite dans la catégorie temps ». On comprend ainsi les interprétations rétrospectives ou antérogrades. Ce désarroi intérieur si pénible tend par un véritable processus défensif à se résoudre en des thèmes délirants de diverses sortes, qui réussissent dans certaines directions et avortent dans d'autres. La conscience se donne par là une illusion de compréhension à l'aide d'éléments sociaux, elle réalise une parodie d'organisation conceptuelle (un « travail de raccord » pour Guiraud).

Au sein d'un psychisme aussi perturbé, avec quelle facilité se développera la xénopathie, puisqu'il y a effacement des catégories, des distinctions du subjectif et de l'objectif, du perçu et du conçu. La réalité interne, l'hyperendophasie et la réalité externe apparaissent avec les mêmes qualités. On comprend que le malade croie entendre l'écho de sa propre pensée du moment que celle-ci ne fait qu'un avec la parole d'autrui.

Cette conception de la conscience morbide, que nous avons ainsi rapprochée de la xénopathie, rappelle beaucoup la théorie de Blondel citée plus haut, mais ici la xénopathie nous semble plus nettement apparaître comme une qualité immédiatement éprouvée en pleine mentalité prélogique, et non plus comme le simple trouble du jugement d'un paranoiaque.

Colin et Mourgue (*a*) insistent sur la tendance xénopathique naturelle aux pensées rudimentaires et archaïques qui se tournent d'emblée vers l'objet extérieur et vers le concret (formation du langage).

Qu'on nous permette d'insister sur les rapports si instructifs entre les troubles de la mentalité délirante et la psychologie des peuples primitifs.

Au lieu de penser par concepts maniables et en vertu de principes tirés de l'expérience, les primitifs mêlent à leurs représentations des nuances subjectives. Les désirs et craintes que leur inspirent les objets adhèrent aux données sensorielles et leur apparaissent comme un monde de forces occultes, véritables causalités mystiques (origine surnaturelle des épidémies, le poison contient des esprits néfastes). Ils s'attachent moins à la réalité en soi qu'à ses valeurs affectives. Celles-ci président aux analogies et distinctions qu'ils perçoivent. Ainsi se confondent pour les primitifs les choses et êtres capables de les impressionner semblablement, le portrait avec le modèle (envoûtement), les biens avec leur propriétaire. C'est la loi de participation. Le symbolisme des chiffres, formules et talismans équivaut à une puissance efficace. Un souvenir vaut une sensation. Rêver d'un événement, c'est l'avoir vécu. Dans ce mode de pensée archaïque règnent l'anthropomorphisme et la tendance à localiser dans le milieu extérieur les réactions affectives que ce dernier détermine en l'absence de claires distinctions entre le sujet et l'objet. De même entre les individus, il n'est pas de limite précise : chacun n'existe authentiquement qu'au nom de son clan (cérémonie d'initiation). Tout le groupe participe du totem, et les ancêtres conservent une vie cachée; d'où un traditionalisme sacré.

De nombreux auteurs insistent sur les analogies avec la pensée délirante. Tumeur mentale parasite, celle-ci, selon Hesnard (*b*) est « une pensée des premiers âges égarée dans un cerveau de civilisé ». De Clérambault (*e*) souligne avec

quelle facilité le sujet adopte les explications mystérieuses ou fantastiques : « le délirant se trouve dans la situation de l'homme primitif en face des forces de la nature ». Il en résulte un abaissement du seuil de la croyance (Laignel-Lavastine). Guiraud décrit l'extension des systèmes interprétatifs (1) grâce aux allusions verbales, aux relations kaballistiques, aux homonymies et aux raisonnements par jeux de mots. Cet auteur, avec Sonn (*b*), à propos d'une belle observation, met en évidence de façon concrète le prélogisme délirant, comparable à un syncytium de conceptions fusionnées dans une cénesthésie anormale.

Mais ces doctrines « tumorales » ne font intervenir qu'à titre secondaire le rapprochement avec la mentalité prélogique, qu'elles localisent au thème délirant, c'est-à-dire à ce que nous avons appelé le délire de second ordre. Cependant, une théorie prélogique de la xénopathie elle-même nous semble mériter d'être envisagée.

La civilisation corrige la tendance naturelle et primordiale de chacun à situer dans le milieu extérieur la cause de ses événements internes. Ce mode de « justification » (Hesnard) (*d*) est habituel aux psychopathes, dont la disposition à percevoir ces propres états mentaux comme émanant du dehors paraît bien proche parente des caractères ci-dessus décrits de la mentalité primitive. Il est possible d'y voir un effet des confusions du type prélogique entre ce qui appartient aux deux domaines rationnellement distincts du sujet et de l'objet, sortes de participations mystiques à cause de l'identité affective entre le réel et la représentation mentale

(1) Rappelons ici l'observation de Leroy et Capgras : Symbolisme dans une psychose interprétative (*Soc. cl. de M. M., mai* 1911).

correspondante, de même aux yeux des primitifs se confondent l'ombre et le corps, le mouvement d'imitation et la personne imitée. Blondel note que chez les délirants la pensée et la parole ne font qu'un. Alors s'expliqueraient les phénomènes d'écho et de vol des pensées, du moment que la sensation et l'hyperendophasie deviennent interchangeables. Rappelant l'anthropomorphisme archaïque qui crée et projette dans la nature des esprits et des volontés, le délirant imagine la présence et l'action d'un autrui supposé et c'est là le grand principe de sa mentalité. Il convient, en effet, d'assimiler au défaut prélogique d'une limitation nette entre les individus ce trouble de l'interpsychologie décrit par Logre (*c*) dans les états délirants chroniques. L'auteur distingue trois degrés dans la précision du processus : 1° L'intention humaine étrangère est comprise indirectement (interprétants); 2° constatée objectivement (hallucinés sensoriels); 3° enfin sentie dans l'intimité somato-psychique (influencés). Cette sorte d'hypersocialisation, de fusion collective des personnes se révèle nettement dans les impressions qu'éprouvent les malades : leur pensée se divulgue, se diffuse dans le monde extérieur, on pénètre leur intimité morale, parfois même ils sont capables de deviner celle d'autrui (Heuyer). Targowla, Lamache et Daussy (*b*), dans leur étude sur l'intuition délirante, idée imposée avec la force de l'évidence, insistent sur cette conviction de réalité, permettant un rapprochement avec la pensée primitive. Or, les auteurs considèrent ces faits d'intuition comme un syndrome xénopathique fruste.

Dans l'ensemble, les trois points de vue que nous avons exposés, de Bleuler, Minkowski et Blondel, admettent un processus régressif de la conscience, un trouble « catathy-

mique » avec perte du sens de l'objectivité si péniblement acquise au cours de l'évolution onto et phylogénique, et avec atteinte de l'élément collectif (hyperrationalisation de Minkowski ou désocialisation de Blondel) et des rapports normaux entre le psychisme et le milieu extérieur et social. La conscience rationnelle, récente et fragile, s'estompant, le sujet est dirigé par les domaines psychiques inconscients, qui obéissent à des modes d'activité indifférenciés conformes à ceux des stades antérieurs. L'automatisme émané de l'inconscient se montre traditionaliste, il monopolise la psychologie archaïque chez les modernes. Lorsque l'affectivité règne, on observe un dynamisme intellectuel infantile et prélogique (mécanismes freudiens : symbolismes, transferts, extensions et condensations subjectives). Pour Hesnard (g), l'atteinte mentale des infections équivaut à une régression des instincts, à une poussée de narcissisme. Le schizophrène autiste, polarisé par des complexes, se détourne de l'expérience objective et s'exprime par voie abstraite (délires) ou par voie sensorielle (hallucinations). Nous croyons retrouver dans l'autisme bleulérien les caractères du subjectivisme prélogique de Blondel, l'hyperindividualisation et l'effacement des catégories, apport collectif.

Si l'on considère la formule Hallucination = Automatisme + Xénopathie, la perturbation régressive de la conscience étudiée ici tiendrait à rendre compte de l'élément xénopathique ou délirant. Supposons un psychisme sujet au sentiment de contrainte, dû à du mentisme, à des obsessions, ou encore à une passion amoureuse préexistants. Un syndrome xénopathique pourra s'y installer à la faveur de toute étiologie susceptible d'amener une dégradation de la conscience. Nous citerons comme exemple un ancien douteur et hypo-

condriaque urinaire de Laignel-Lavastine (*a*). Ce malade atteint de troubles circulatoires (hypertension, syphilis) greffe sur ses obsessions un délire interprétatif et des hallucinations épisodiques. On le fait, croit-il, surveiller par des agents, on prend des photos lorsqu'il est à l'urinoir. Inversement une conscience déjà livrée au prélogisme morbide attribuera d'emblée le caractère xénopathique aux automatismes (primitifs ou secondaires, nous mettons à part cette question) qui pourront survenir sur ce fonds prédisposé. La conviction xénopathique une fois établie, une interprétativité dans ce sens s'étendra à tout fait extérieur ou intérieur.

En somme, ce processus implique un trouble de la conscience, diversement envisagé par les auteurs, mais préexistant à la xénopathie qu'il explique. Vermeylen (*a*) admet une phase de régression prélogique antérieure à l'Automatisme Mental.

La transformation primordiale de la personnalité, d'où sortira l'évolution délirante et hallucinatoire s'exprime subjectivement par un sentiment inaccoutumé *d'étrangeté*, qui témoigne de la mauvaise identification de l'ambiance et du trouble qu'éprouve le sujet dans ses relations avec les êtres et les choses. De même le moi physique ou moral peut paraître changé. Bardol (p. 47) (*a*), rapporte l'observation d'un influencé dont toutes les sensations sont partagées par un « farceur » et qui pour les décrire emploie « nous » de préférence à « je ». Une malade de Minkowski (*a*) ne sait plus si ce qu'elle dit est vrai ou n'est qu'une hallucination.

Ici se dressent le problème des rapports entre l'étrangeté et la xénopathie, et en même temps la question du mode de début du syndrome xénopathique. En clinique, le sentiment d'étrangeté est susceptible d'aspects variés. Soit géné-

ralisé, soit localisé à l'une des catégories moi, corps, objets (c'est le cas des hypocondriaques à sensations originales), il peut entraîner des phénomènes déficitaires (méconnaissance, impression de jamais vu) ou positifs illusionnels (déjà vu, sosies, fausses reconnaissances), sorte d'intermédiaires faisant le passage avec la xénopathie constituée. Le tableau suivant montre le parallélisme possible avec les variétés respectives du syndrome xénopathique :

| | |
|---|---|
| Etrangeté extérieure | Hallucinations sensorielles |
| Etrangeté physique | Hallucinations cénesthésiques, psycho-motrices. |
| Etrangeté morale (dépersonnalisation) | Hallucinations psychiques prise de la pensée. |

Il semble exister une corrélation non pas seulement verbale entre la dépersonnalisation et les personnifications, l'altruisation (Hesnard), entre l'irréalité extérieure et l'hyperréalité intérieure ; c'est un véritable rapport complémentaire : la nature ambiante apparaît factice comme un rêve, tandis que la représentation mentale s'objective avec la valeur du réel. L'étrangeté extérieure est une insuffisance d'assimilation d'autrui et des objets, la xénopathie est un défaut d'intégration des états psychiques personnels.

Il est permis de se demander si les phénomènes xénopathiques coexistant avec des états d'étrangeté ne représentent pas une manifestation subordonnée à ceux-ci, un cas particulier des sentiments du vide, selon l'opinion de P. Janet. On trouve cette coïncidence chez les schizophrènes, les confus, les obsédés au cours de leurs poussées anxieuses. Les descriptions de psychasthéniques devenant influencés (Janet) appartiennent peut-être à la démence précoce ; mais, à part ce côté nosologique, elles montrent le passage de l'étrangeté à

la xénopathie. Dans une belle observation de Capgras, Lucchini et Schiff (*b*), un sentiment d'étrangeté extérieure conditionne pour les auteurs à la fois l'illusion des sosies et les phénomènes xénopathiques d'influence présentés par la malade. Même coexistence de xénopathie dans un autre cas d'illusion de sosies (Capgras et Carrette) (*a*). Montassut et Cénac (*a*) ont rapporté une observation d'un délire d'influence, avec idées de transformation corporelle et d'étrangeté du monde extérieur. Il serait aisé de multiplier ces exemples. Nous avons observé une persécutée hallucinée chronique (morte de tumeur cérébrale ayant provoqué des crises jacksoniennes, sans qu'on puisse affirmer la relation causale avec le délire) qui vivait dans un monde fantastique de sosies. Des personnes de l'entourage lui semblaient passer par de continuelles transformations. A noter que cette malade a présenté quelques visions lilliputiennes, de même que celle de Capgras, Lucchini et Schiff citée plus haut.

Dans ce trouble primitif et déterminant incriminé par les théories de la conscience, on reconnaît la première période du délire hallucinatoire chronique (Lasègue-Falret-Magnan) et de la paraphrénie systématique (Kraepelin). Cette phase initiale, mal connue, est décrite dans des termes divers : malaise intellectuel (Lasègue), analyse subjective ou délire hypocondriaque (Régis), période d'inquiétude (Magnan), d'interprétation (Lévy-Valensi) (*a*). Soit par exagération d'un caractère anormal, soit par un contraste net avec la mentalité antérieure, il se constitue un véritable état névrosique avec préoccupations orientées sur des troubles cénesthésiques bizarres, ou sur le cours de la pensée intime, ou vers l'entourage. Sans nul doute, le malade perçoit un *indéfinissable changement* dans chacun de ces domaines, dû no-

tamment à une « perception inexacte de l'humanité » (Séglas). Cette étrangeté initiale s'accompagne d'une pénible incertitude (état de doute pouvant s'il prédomine aboutir au délire interrogatif (Capgras et X. Abely) (*c*) ou de supposition de Tanzi, essais explicatifs). Si le sujet est paranoïaque, l'intention malveillante d'autrui sera précocement admise. De même, on observe souvent des réactions mélancoliques avec idée de suicide, antérieures à la phase de xénopathie complète. Un de nos malades nous expliquait nettement le processus. Les allures des personnes voisines semblent d'abord inacccoutumées, « drôles ». Le sujet ne comprend pas, il observe. Comme les phénomènes illusionnels se multiplient, la méfiance s'éveille. Alors apparaît la notion d'hostilité ambiante.

On pourrait, en somme, se représenter le passage de l'étrangeté diffuse aux manifestations xénopathiques comme une forme transposée en pathologie de l'évolution normale de la conscience vers le précis et l'intellectuel.

Malgré la séduction de ces théories, notre précédent exposé veut rester impartial. De Clérambault pense qu'il existe une certaine incompatibilité entre l'Automatisme Mental et les sentiments généraux de dépersonnalisation. Ils « n'ont rien de commun, dit Hesnard.... avec les impressions délirantes de variation de la personnalité des psychopathies ». Sollier et Courbon (*a*) insistent sur l'absence de dissociation mentale dans ce qu'ils appellent l'acénesthésie (sentiments d'irréalité et d'étrangeté).

Il faut remarquer, en effet, à quel point sont communes ces manifestations d'étrangeté et de perplexité en dehors des délires hallucinatoires. On les trouve dans les syndromes confusionnels et anxieux, dans de nombreux états constitu-

tionnels. Ils caractérisent plutôt la conscience morbide ; c'est dans ce sens général que les a étudiés Blondel.

D'autre part, cette impression d'étrangeté et de transformation n'est-elle pas la forme initiale et encore indifférenciée, le début amorphe d'évolutions futures différentes, dont elle ne laisse pas prévoir la direction. Il s'agira, selon les cas, d'un développement dans le sens négatif (syndrome de Cotard) ou positif (xénopathie). Le dynamisme psychanalytique des instincts rendrait peut-être mieux compte de ces divergences d'orientation.

*TROISIÈME PARTIE*

# Discussion

Il ressort de nos exposés que toutes ces théories restent partielles, malgré leur tendance extensive, ne s'appliquant point à l'ensemble du syndrome xénopathique tel que nous l'avions défini.

Des auteurs éliminent de leur conception les cas sensoriels. Claude, Ceillier, les psychanalystes, proposent des explications qui ne concernent que les malades influencés. Pour Bleuler, les phénomènes xénopathiques de la schizophrénie présentent des caractères spécifiques en rapport avec ce processus.

Nous pouvons observer que chacun des trois groupes de théories a pris comme point de départ, sans préjudice d'une extension secondaire possible, chacun des trois types d'hallucination que la clinique distingue dans l'ensemble.

D'abord les cas déterminés par une cause organique, grossière, facilement décelable, soit localisée aux zones sensorielles (type périphérique avec conscience), soit massive (confusion onirique). Or, la doctrine de l'AM s'appuie sur ces cas élémentaires, sur les intoxications et « l'hallucination d'hôpital ». Il s'agit pour Heuyer d'un véritable symptôme neurologique comparable, à l'illusion des amputés. Par une insensible gradation dans la complexité, on arrive aux phénomènes d'AM qu'on observe dans les vésanies. C'est une

pensée réellement extérieure à la conscience que celle-ci constate passivement, puis interprète. On connaît d'ailleurs les intermédiaires entre les psychoses aiguës et chroniques, témoins les délires systématisés post-oniriques. Il est possible parfois de retrouver l'alcool, la syphilis à l'origine de soi-disant vésanies chroniques. Ces affections perdent graduellement, comme l'épilepsie, de leur mystère.

Ainsi, cette théorie n'a rien d'incompatible avec le type suivant qu'on peut appeler *l'hallucination des psychoses chroniques*. Celle-ci appartient aux délires hallucinatoires chroniques et à la démence précoce, en passant par ses formes paranoïdes. Le terme schizophrénie a permis à Bleuler de synthétiser cet ensemble où les séparations n'ont rien d'absolu. A une extrémité de cette série prédomine le délire, le facteur excitation avec atteinte absente ou tardive des éléments du fonds mental affectivité-volonté; à l'autre bout, c'est l'inverse : le facteur déficitaire l'emporte. De Clérambault figure cette relation dans son schéma du rectangle coupé d'une diagonale. C'est, en particulier, aux hallucinations de ce groupe que s'appliquent les théories d'un trouble primitif de la conscience. Tous les observateurs, depuis Lasègue et Falret, signalent, en effet, au début des délires hallucinatoires chroniques, une première phase d'étranges malaises, d'inquiétude et de méfiance, période initiale correspondant au stade de transformation de la personnalité, préparatoire du syndrome xénopathique.

Enfin la troisième catégorie des phénomènes xénopathiques est constituée par ceux qui appartiennent aux hystériques, aux paroxysmes des obsédés et des interprétateurs, peut-être aux mélancoliques persécutés (Ceillier) (*a*). On leur refuse fréquemment le nom d'hallucinations véritables. A

ces cas nous paraissent répondre davantage les théories du contenu. Ce dernier s'y manifeste, en effet, avec plus d'importance, orientant l'observateur vers les psychogénies. Ici nous sommes à l'antipode des intoxications et si l'on adopte la distinction de Bouyer entre la disposition hallucinatoire, côté individuel variable tirant de l'inconscient un choix d'images, et l'état hallucinatoire qui caractérise le degré du désordre mental, d'origine organique, on voit prédominer le premier mode dans ces phénomènes xénopathiques des constitutionnels.

En résumé, le syndrome xénopathique peut prendre trois aspects cliniques fondamentaux, selon le type du malade atteint, le début et l'évolution :

l'hallucination toxique,
l'hallucination de psychoses chroniques,
l'hallucination des constitutionnels.

Cette trilogie des hallucinations correspond grossièrement, comme nous venons de l'esquisser, aux trois orientations pathogéniques exposées dans le présent ouvrage.

On peut remarquer, d'autre part, que cette classification range l'hallucination selon l'échelle de ses nombreux facteurs étiologiques, en allant de l'agent acquis à l'élément constitutionnel. Il y a une sorte de balancement entre l'importance de l'apport exogène directement modificateur et celle du terrain morbide. Dans certains cas, un léger déclic d'origine morale peut rendre effective une notable hallucinabilité latente. Peu importe la proportion réciproque des deux ordres de causes, leur total aboutit au même symptôme clinique.

Ici une question importante se pose : chacun de nos trois types d'explications peut-il être adopté de manière ainsi limi-

tée, sont-ils tous vrais pour des circonstances différentes, de sorte que le syndrome xénopathique (comme le suppose Halberstadt) (*a*) comporte une pathogénie multiple ? Ou bien, au contraire, la xénopathie quoique née des diversités causales, reconnaît-elle toujours un même processus psychopathique ? On pourrait supposer, en effet, que la triade clinique ne tient son authenticité qu'en fonction de la nature et de l'intensité des causes, sans préjudice d'une pathogénie toujours la même. On s'expliquerait pourquoi prédomine chez les constitutionnels la disposition hallucinatoire, le contenu, et pourquoi les hallucinations incomplètement sensorielles y sont fréquentes, la cause étant atténuée. Un agent massif, brutal, entraîne le bouleversement, le contraste avec le passé, tandis qu'un facteur étiologique peu intense se borne à libérer les tendances (1), et que les néoproductivités parasites résulteront de causes moyennes.

En ce qui concerne d'abord les théories du contenu, bien que nous ayons tenté de les appliquer aux phénomènes xénopathiques neutres et anidéiques (cf plus haut), il nous a semblé insuffisant d'invoquer le seul contraste affectif. Ces théories attachées à l'aspect extérieur du phénomène ne nous ont pas paru approfondir son mécanisme de façon satisfaisante.

Nous restons en présence de deux points de vue, entre lesquels il est facile de discerner une antithèse. Le groupe de conceptions que nous avons nommées — artificiellement — théories de l'automatisme, qu'il s'agisse de subduction, de néo-productivité, de cénesthopathie dystonique ou d'automa-

---

(1) D'après Hesnard une toxi-infection cérébrale équivaut à une poussée de narcissime.

tisme mental, la xénopathie s'y trouve presque légitimée par les caractères propres, positivement étranges qu'impriment aux phénomènes hallucinatoires leurs causalités. Ils apparaissent comme ils sont, réellement extérieurs à la conscience, saine et surprise. Soit sentiment spécial, timbre cénesthésique associé complètement inédit (Guiraud) soit déficit localisé et toujours *intrinsèque* d'une pensée inachevée dans son intégration qui ne se personnalise qu'en plusieurs temps (pensée devancée) (de Clérambault) et « s'intériorise » spontanément, la xénopathie est une nouvelle expérience introduite au sein d'une mentalité non forcément touchée et dont elle entraîne logiquement l'erreur.

Ce processus répond aux cas (assez rares, il est vrai) de délire hallucinatoire chronique à début hallucinosique, neutre, musical parfois, dont les premiers automatismes xénopathiques d'emblée provoquent une phase de doute et de lutte avec la croyance délirante qui tend à s'imposer (délire de premier ordre), puis se développera en un thème systématisé (délire de second ordre).

Pour expliquer le passage des automatismes anciens non hallucinatoires (obsessions, mentisme, simples représentations vives) aux phénomènes xénopathiques, les défenseurs de ces conceptions supposent l'intervention d'un nouveau facteur organique (Heuyer). Ainsi, dans un cas de Targowla (*a*), au cours d'un accès confusionnel d'origine syphilitique, les représentations mentales vives habituelles prennent une valeur hallucinatoire.

Selon ces théories, les atteintes de la conscience dépendent de l'intensité causale et ne sont qu'un résultat parallèle à la xénopathie. Elles ne la déterminent pas.

C'est précisément le contraire pour les théories adverses

qui mettent dans le psychisme lui-même la source de la xénopathie. Celle-ci leur paraît secondaire à une insuffisance du contrôle, à une perversion, à une régression de la conscience. Le trouble est *extrinsèque* aux automatismes, apparaissant xénopathiques parce que survenant au sein d'un psychisme déjà morbide. C'est ainsi qu'on peut observer dans les psychoses chroniques à évolution lente ce processus parfaitement caractérisé : de l'inquiétude, des impressions étranges, en somme une perturbation du moi préexistante aux hallucinations, ayant pour conséquence précise un délire de croyance initial. C'est du milieu de cette dépersonnalisation générale que vont émerger les phénomènes xénopathiques précis.

Il résulte la possibilité de condenser les théories de la xénopathie en deux formules inverses : la xénopathie serait une qualité spéciale, soit intrinsèque à la nature des automatismes, soit impliquée dans un trouble général antérieur. Laquelle des deux conceptions ainsi réduites à leur quintessence, répondra le mieux aux faits ?

De Clérambault a montré que l'existence d'une période d'inquiétude initiale n'était nullement incompatible avec sa doctrine. D'abord, il critique la fréquence alléguée du fait à cause de l'époque tardive où l'on interroge les malades.

On peut s'abuser par suggestion médicale, ou être trompé par la tendance rétrospective du système délirant actuel. Quant aux cas où la période d'inquiétude est certaine, l'auteur s'élève contre toute déduction étiologique. Succession ne suppose pas causalité. L'auteur assimile à des formes indifférenciées, diffuses d'automatismes sensitifs ou inhibiteurs les inquiétudes illégitimes, les perplexités qui ont pu précéder le développement des hallucinations. Il insiste sur l'absence de phénomènes hallucinatoires chez les malades

éprouvant des sentiments intenses de dépersonnalisation et d'étrangeté et aussi sur la constatation réciproque. Dans ces cas où les manifestations xénopathiques succèdent à des phénomènes dysthymiques, asthénies, ou d'anxiété mélancolique, hypocondriaque, on pourrait rattacher ceux-ci soit à la même cause que l'automatisme, soit à une constitution morbide associée. De sorte que la conception de l'AM est susceptible de généralisation aux psychoses chroniques. Nous avons vu aussi comment elle explique les bouffées hallucinatoires des obsédés.

Ces mêmes phénomènes xénopathiques chez les constitutionnels peuvent d'autre part être interprétés à la lumière des théories d'une perturbation de la conscience, transformant en halluciné un sujet anciennement fragile de la synthèse mentale. L'état passionnel chez les mystiques produirait un pareil effet xénopathique. De même dans les intoxications avec onirisme, bien que la pathogénie réelle, facile à observer au cours des psychoses chroniques, se trouve ici dissimulée par la massivité causale, les hallucinations naissent à la faveur d'un état spécial de la conscience, comparable au rêve. Elles apparaissent surtout dans les moments d'hypnagogisme.

Il ne serait par conséquent nullement contradictoire de généraliser chacun des deux groupes de théories en présence au détriment de l'autre, pour aboutir en fin de compte à un accord harmonieux. Les théories de la conscience se heurtent pourtant à une difficulté. Si la période initiale des délires chroniques hallucinatoires constitue leur grand argument, l'existence des hallucinations conscientes peut leur être opposée, alors que ces phénomènes corroborent pleinement les théories de l'automatisme. En effet, il faut remarquer que

les théories d'un trouble de la conscience à l'origine de la xénopathie confondent celle-ci avec la croyance délirante, avec ce que nous avons appelé le délire de premier ordre. Ces théories devraient alors admettre deux pathogénies de la xénopathie, directe et indirecte.

Telles sont, à notre sens, les positions actuelles sur l'explication du caractère non personnel des hallucinations.

# Conclusions

Avant d'aborder l'exposé des théories pathogéniques, nous essayons dans la première partie d'établir la proposition suivante : « l'hallucination est un automatisme psychique non reconnu comme personnel ». Les degrés des caractères sensoriel et spatial nous semblent s'apparenter à la *matière* idéo-affective et participer de sa contingence, tandis que la *forme* hallucinatoire elle-même consiste dans un phénomène d'une part automatique et d'autre part non intégré au moi. Pour mettre en valeur cette dernière propriété spécifique, l'automatisme étant une notion trop vaste, nous proposons (sur le conseil de notre maître Guiraud) le terme de syndrome *xénopathique* (éprouvé comme étranger) applicable à la fois aux influencés et aux hallucinés sensoriels.

La seconde partie contient une étude critique des théories, non de l'automatisme (nature primitive ou secondaire de ce dernier), mais de l'impression xénopathique, ce qui autorise notre classement. Ayant remarqué, en effet, que ces conceptions prennent toutes comme base l'un des trois caractères de l'hallucination (contenu, automatisme, élément xénopathique et délirant), nous les présentons groupées selon la trilogie suivante :

I. — *Théories du contenu.*

Ce sont celles de psychanalystes. Certains automatismes expressifs de tendances choquantes, ne pouvant être refoulés dans l'inconscient, deviennent xénopathiques, en vertu du processus de *ségrégation* (projection dans le non-moi).

D'après Ceillier, le contraste affectif (non plus seulement de signification sexuelle) entre le contenu des hallucinations et la personnalité habituelle peut rendre compte de leur xénopathie.

Nous objectons : 1° les obsessions par contraste et non xénopathiques; 2° les expressions hallucinatoires des états affectifs (pas de contraste); 3° la possibilité d'une atteinte plus profonde du psychisme et plus apte à expliquer la xénopathie.

II. — *Théories de l'automatisme.*

Ici se groupent avec une gradation vers l'organicisme pur ceux qui, en général, expliquent la xénopathie par les caractères de limitation mentale incoercible, propres aux automatismes pathologiques.

Elle traduit pour Mignard le renversement des pouvoirs normaux (subduction mentale morbide) entre le psychisme indivisible et les automatismes neurologiques déréglés.

Selon Hesnard, la conscience justifie en attribuant à autrui des néo-productivités affectives tératologiques.

Guiraud suppose un excitant pathologique des centres cénesthésiques qui entraîne des troubles localisés de la chronaxie et qui d'autre part suscite des intellectualisations devenant par ce fait xénopathiques.

De Clérambault décrit l'automatisme mental, syndrome absolument indépendant de toute psychogénèse, doué de lois propres et dont le caractère xénopathique est le résultat direct de fines altérations cérébrales, notamment chronaxiques. Les expériences physiologiques de Santenoise sembleraient confirmer le rôle de la dystonie. Nous rappelons ici les difficultés du parallélisme psycho-physique et la nature subjective de la dissociation mentale, non superposable à une dystonie neurologique.

III. — *Théories de la conscience.*

Ayant rapidement évoqué les hypothèses d'une inhibition supérieure qui, fléchissant, libère la tendance naturelle des images à l'objectivation, nous étudions les conceptions de la xénopathie qui la réduisent au mécanisme de l'interprétation délirante (Ch. Blondel). Cependant, nous insistons à ce propos sur le caractère senti et immédiat de l'impression xénopathique.

Le Professeur Claude admet des facteurs intellectuels et affectifs complexes à l'origine du syndrome d'action extérieure, lequel n'a rien à voir avec le groupe des hallucinations sensorielles, directement organiques.

D'autres théories décrivent une profonde perturbation de la conscience, discordance ou régression, compromettant ses rapports avec l'ambiance.

Selon le Professeur Janet, le sentiment d'automatisme et la dépersonnalisation se rangent parmi les sentiments du vide qui traduisent un trouble des fonctions régulatrices du psychisme.

La dissociation schizophrénique et l'autisme aidés d'ar-

guments psychanalytiques peuvent rendre compte de certains cas de xénopathie.

Enfin, nous opposons partiellement deux conceptions : pour Minkowski, les représentations d'ordre spatial, envahissantes, sont prises pour réelles, tandis que d'après Blondel (La Conscience morbide) le moi se désocialise et régresse à des modes de pensée indifférenciée.

Dans ce chapitre, nous essayons ainsi d'appliquer au caractère xénopathique des théories qui ne le visaient point spécialement.

Après avoir esquissé les intéressantes relations de la pensée délirante avec la mentalité primitive, nous discutons le difficile problème posé par les théories d'un trouble antérieur de la conscience : s'il est permis de subordonner la xénopathie au sentiment d'étrangeté.

Une troisième partie est consacrée à des commentaires synthétiques. Toutes ces hypothèses sont plus ou moins partielles, chacun des trois groupes précédents d'explications concernant plutôt l'un des trois types chroniques d'hallucinations : intoxications, psychoses chroniques et hallucinations épisodiques des constitutionnels.

Par une concentration maxima, deux conceptions essentielles se dégagent de cet ensemble théorique :

1° La xénopathie provient des caractères propres, soit psychologiques (contenu) soit organiques (automatisme) du phénomène hallucinatoire.

2° La xénopathie est secondaire à un trouble de la conscience, préexistant et plus diffus.

Nous nous demandons en terminant ce travail si la xénopathie, d'étiologie si variée, ne répondrait pas néanmoins à une pathogénie unique. Or, on peut admettre dans certains

cas le rôle efficient d'une perturbation logique et des hallucinations conscientes dans d'autres (pathogénie polyvalente), ou bien ne voir avec de Clérambault dans les troubles généraux antérieurs qu'une simple association avec la xénopathie chez les délirants chroniques, d'où la possibilité d'un rapprochement avec les hallucinations toxiques et d'une pathogénie univoque.

*Vu, le Doyen,* *Vu, le Président,*

ROGER. HENRI CLAUDE.

Vu et permis d'imprimer

*Le Recteur de l'Académie de Paris,*

P. CHARLÉTY.

# Bibliographie [1]


ALAJOUANINE (*a*). — Un cas d'hallucinose. *Soc. méd. psych.*, juillet 1914.

ANGLADE (*a*). — Délires systématisés secondaires. *Rapp. au Congrès des aliénistes de Marseille*, avril 1899.

BALLET (*a*). — La psychose hallucinatoire chronique. *Enc.*, 10 novembre 1911.

(*b*) La psychose hallucinatoire chronique et la désagrégation de la personnalité. *Enc.*, 10 juin 1913.

BALLET et MALLET (*c*). — Hallucinations et dissociation de la personnalité. *Enc.*, 10 juillet 1913.

BARDOL (*a*). — Les états hallucinatoires chroniques. *Thèse, Paris*, 1926.

BARUK (*a*). — Les troubles mentaux dans les tumeurs cérébrales. *Thèse, Paris*, 1926.

BERNHEIM (*a*). — Les hallucinations physiologiques et pathologiques. *Enc.*, juin 1913.

BLEULER (*a*). — Origine et nature des hallucinations. *Enc.*, novembre 1922.

(*b*) La schizophrénie. *Rapp. au Congrès des aliénistes de Genève*, 1926.

BLONDEL (*a*). — Paranoïa et hallucinations. *Soc. méd. psych. Enc.*, mai 1910, p. 612.

(*b*) La Conscience morbide. *Alcan, Paris.*

(*c*) La mentalité primitive. *Stock, Paris*, 1926.


(1) Lorsqu'il y a plusieurs collaborateurs, notre notation par lettres ne tient compte que du premier.

Ludo van Bogaert (*a*). — Sur les hallucinations visuelles au cours des affections organiques du cerveau. *Enc.*, novembre 1926.

Bouver (*a*). — L'état mental des hallucinés et ses deux facteurs. *Enc.*, juin 1927.

J. Camus (*a*). — Centres régulateurs et centres psychiques extra-corticaux. *La Médecine*, février 1923.

Capgras et Carrette (*a*). — Illusion des sosies et complexe d'Œdipe. *Soc. méd. psych., séance du* 26 mai 1924.

Capgras, Lucchini et Schiff (*b*). — Du sentiment d'étrangeté à l'illusion des sosies. *Soc. clin. de méd. ment.*, décembre 1924.

Capgras et X. Abély (*c*). — Le délire interrogatif. *Ann. méd. psych.*, janvier 1926.

Ceillier (*a*). — Les mélancoliques anxieux persécutés. *Ann. méd. psych.*, juin 1921.

(*b*) Erotomanie et délire d'influence. *Soc. clin. de méd. ment. Bull.*, mai 1922.

(*c*) Du besoin de réconfort au sentiment et au délire d'influence. *Soc. clin. de méd. ment. Bull.*, mars 1923.

(*d*) Les influencés. *Enc.*, 1924.

(*e*) Du rôle des hallucinations psychiques dans l'exploration de l'inconscient. Un exemple clinique. *Ev. psychiatrique*, 1925, T. I, page 142.

(*f*) Recherches sur l'automatisme psychique. *Soc. de psychiatr.*, mars 1927.

R. Charpentier (*a*). — L'onirisme hallucinatoire. *Revue neur.*, octobre 1919.

CHASLIN (*a*). — Eléments de sémiologie et clinique mentale, 1912.

CHASLIN et ALAJOUANINE (*b*). — Un cas de délire d'influence obsédant. *Journal de psychol. norm. et path.*, 1920, p. 945.

CLAUDE (*a*). — Sur les divers types de psychoses hallucinatoires chroniques. *Progr. méd.*, 5 avril 1924.

(*b*) Diagnostic et valeur sémiologique des manifestations hallucinatoires. *Journal méd. fr.*, mai 1924, p. 169.

CLAUDE, TARGOWLA et Mlle BADONNEL (*c*). — Mélancolie, obsessions et syndrome d'influence. *Ann méd. psych.*, janvier 1925.

CLAUDE, BARUK et VERVAECK (*d*). — Syndrome hallucinatoire visuel et auditif au cours du développement d'une syphilis oculaire et labyrinthique. Considérations sur une variété spéciale d'hallucinations oculaires provoquées. *Ann. méd. psych.*, février 1927.

(*e*) Discussion au *Congrès des aliénistes de Blois* à propos de l'automatisme mental, juillet-août 1927.

DE CLÉRAMBAULT et PORC'HER (*a*). — Automatisme mental et scission du moi. *Soc. cl. de méd. ment. Bull.*, avril 1920.

(*b*) Les psychoses hallucinatoires chroniques. *Soc. cl. de méd. ment. Bull.* déc. 1923.

(*c*) Les psychoses hallucinatoires chroniques. *Soc. cl. de méd. ment. Bull.*, janvier 1924.

(*d*) Psychoses à base d'automatisme. *Prat. méd. fr.*, mai 1925 (A).

(*e*) Psychoses à base d'automatisme (deuxième partie). *Prat. méd. fr.*, juin 1926 (A).

(*f*) Discussion à la *Soc. méd. psych. Séance d'avril* 1927.

(*g*) Discussion au *Congrès des aliénistes de Blois*, 1927 à propos de l'automatisme mental.

(*h*) Syndrome mécanique et conception mécaniste des psychoses hallucinatoires. *Ann. méd. psych.*, décembre 1927.

CODET et LAFORGUE (*a*). — Les arriérations affectives : la schizonoïa. *Evol. psychiatrique, Payot*, 1925, T. I.

COLIN et MOURGUE (*a*). — Note sur le diagnostic des hallucinations vraies. *Soc. méd. psych.*, juin 1920.

COURBON et MAGNAND (*a*). — Délire de disculpation. Du rôle l'automatisme mental dans la genèse des délires. *Ann. méd. psych.*, février 1927.

CROUZON, BARUK et COSTE (*a*). — Délire d'influence et tumeur cérébrale. *Ann méd. psych*, novembre 1927.

A. DELMAS et GALLAIS (*a*). — Délire systématisé secondaire post-onirique. *Soc. de psychiatr.*, 19 octobre 1911.

A. DELMAS (*b*). — Les psychoses post-oniriques. *Rapp. au Congrès des alién. de Strasbourg*, août 1920.

A. DELMAS et BOLL (*c*). — La personnalité humaine. *Flammarion*, 1922.

A. DELMAS (*d*). — A propos de l'automatisme mental. *Ann. méd. psych.*, octobre 1927.

DEVAUX et LOGRE (*a*). — Des anxieux. *Masson*, 1917.

DIDE et GUIRAUUD (*a*). — Psychiatrie du médecin praticien. *Masson*, 1922.

DIDE (*b*). — L'automatisme psychopathique est une résultante et non une cause. *Enc.*, janvier 1928.

DUPOUY (*a*). — Les hallucinations psychiques. *Enc.*, septembre-octobre 1922.

DUPOUY et CHATAGNON (*b*). — Erotomanie médicale avec idées délirantes d'influence. *Soc. de psychiatr.*, mars 1927. *Enc.*, page 365.

DUPRÉ et NATHAN (*a*). — Le langage musical. Etude médico-psychol. *Alcan.*

DUPRÉ et COLLIN (*b*). — Psychose hallucinatoire chronique à début purement sensoriel. *Soc. de psychiatr.*, 15 juin 1911.

DWELSHAUVERS (*a*). — L'inconscient. *Flammarion*, 1925.

FREUD (*a*). — Introduction à la psychanalyse. *Payot*, 1924.

DE FURSAC (*a*). — Manuel de psychiatrie. *Alcan*, 1922.

GARNIER et LE FILLIATRE (*a*). — Coexistence d'hallucinations verbales, auditives (sensorielles) et d'hallucinations verbales psycho-motrices. Dialogue entre les voix extérieures et intérieures. *Soc. méd. psych., séance du* 26 novembre 1894.

GELMA (*a*). — Travaux de la clinique psychiatrique de Strasbourg (*deuxième fascicule*).

GRIESINGER (*a*). — Traité des maladies mentales. *Trad. Doumic, Paris*, 1865.

GUIRAUD (*a*). — Les formes verbales de l'interprétation délirante. *Ann. méd. psych.*, mai 1921.

GUIRAUD et SONN (*b*). — Délire systématisé avec hallucinations visuelles et considérations sur la psychologie des délires. *Ann. méd. psych.*, février 1925.

GUIRAUD (*c*). — Les délires chroniques (hypothèses pathogéniques contemporaines). *Enc.*, n° 9, 1925.

(*d*) Discussion au *Congr. des alién. de Blois*, 1927, à propos de l'automatisme mental.

HALBERSTADT (*a*). — Contribution à l'étude des hallucinoses chroniques. *Ann méd. psych.*, février 1926 (Bibl. de l'hallucinose).

HESNARD (*a*). — Les troubles de la personnalité dans les états d'asthénie psychique. *Alcan*, 1919.

(*b*) La folie, pensée organique. *Journ. de psychol. norm. et path.*, 15 mars 1921.

(*c*) La néo-productivité morbide. *Journal de psychol. norm. et path.*, 15 février 1923.

(*d*) La relativité de la conscience de soi. *Alcan*, 1924.

(*e*) Psychanalyse d'un cas de psychose paranoïde. *Ev. psychiatr.*, 1925, T. I.

(*f*) Les applications de la psychanalyse. *Evol. psychiatr.* 1927, T. II.

(*g*) L'individu et le sexe. Psychologie du narcissisme. *Stock*, 1927.

HEUYER et LAMACHE (*a*). — Perplexité et automatisme mental. *Soc. de psychiatr., séance du* 23 avril 1925.

— (*b*) Les délires d'influence symptomatiques. *Prat. méd. fr.*, mai 1925.

— (*c*) La divination de la pensée. *Soc. de psychiatr.*, séance du 18 juin 1925.

HEUYER (*d*). — Le devinement de la pensée et contribution à l'étude de l'origine organique de l'automatisme mental. *Ann. méd. psych.*, novembre-décembre 1926.

JANET (*a*). — Les obsessions et la psychasthénie.

(*b*) Discussion au *Congr. des alién. de Blois*, 1927, à propos de l'automatisme mental.

(*c*) Le sentiment du vide. *Comm. au Congr. de Blois*, 1927.

Mme Lacroix-Dupouy (*a*). — Les services ouverts dans les asiles. *Thèse, Paris,* 1926.

Laignel-Lavastine (*a*). — Obsédé délirant hypertendu, *in Journ. de psychol. norm. et path.,* 15 mars 1921.

Leroy et Capgras (*a*). — Obsessions hallucinatoires et hallucinations obsédantes au cours de deux accès de folie périodique. *Soc. Clin. de méd. ment., séance du* 21 novembre 1910.

— (*b*) Symbolisme dans une psychose interprétative. *Soc. clin. de méd. ment., séance du* 15 mai 1911.

Leroy et Rogues de Fursac (*c*). — Un cas de délire hallucinatoire fantastique chez un ancien syphilitique avec syndrome tabétique. *Soc. clin. de méd. ment.* décembre 1919.

Leroy (*d*). — Le syndrome des hallucinations lilliputiennes. *Enc.,* novembre 1921.

Leroy (*e*). — Les états affectifs dans les hallucinations lilliputiennes. *Journ. de psychol. norm. et pathol.,* 15 février 1925.

Lévy-Darras (*a*). — La psychose d'influence. *Thèse, Paris,* 1914.

(*b*) De la pathogénie des hallucinations. *Prat. méd. fr.* juillet 1927 (A).

Lévy-Valensi (*a*). — Précis de psychiatrie. *Baillière,* 1926.

(*b*) L'automatisme mental. *Rapp. au Congr. des alién. de Blois,* 1927.

Leyritz (*a*). — L'hallucinose. *Thèse, Paris,* 1923.

Lhermitte (*a*). — Les fondements biologiques de la psychologie. *Gauthier-Villars, Paris.*

Logre et Heuyer (*a*). — Idées d'influence dans la manie. *Comm. au Congr. de Strasbourg,* août 1920.

LOGRE. — (*b*) Considérations sur les troubles psycho-moteurs. *Congr. des Alién. de Quimper*, 1922.

(*c*) Le sens de l'interpsychologie dans les états délirants chroniques. *Prat. méd. fr.* juillet 1927 (A).

LWOFF et CONDOMINE. — (*a*) Hallucinations auditives bilatérales. *Soc. Clin. de Méd. ment.* déc. 1909.

MALLET. — (*a*) Discussion à propos de la communication de Ceillier (*b*).

MARCHAND et BAUER. — (*a*) Onirisme postépileptique sans confusion mentale et idées fixes postoniriques. *Soc. clin. de méd. ment.*, séance de juillet 1925.

MEURIOT. — (*a*) Des hallucinations des obsédés. Pseudo-hallucinations. *Thèse Paris*, 1903.

MIGNARD et PETIT. — (*a*) Délire et personnalité. *Congr. Belge de neur. et psychiatr.* Ypres 1912.

MIGNARD. — (*b*) Discussion à propos de la communication de Quercy (*a*).

MIGNARD. — (*c*) L'emprise organo-psychique et les états d'aliénation mentale. *Enc.* mai 1922.

(*d*) La subduction mentale morbide. *Ann. méd.-psych.*, mai 1924.

(*e*) La subduction mentale morbide et les théories psychophysiologiques. *Année psychol.* 1924.

(*f*) Subduction mentale et influence morbide. *Ann. méd.-psych.* avril 1925.

(*g*) La subduction mentale morbide et les réactions psychopathiques secondaires. *Enc.* mai 1925.

E. MINKOWSKI. — (*a*) Contribution à l'étude du syndrome d'automatisme mental. *Ann. méd.-psych.* février 1927.

(*b*) De la rêverie morbide au délire d'influence. *Evol. psychiatr.* T. II 1927.

(*c*) La schizophrénie. *Payot* 1927.

(*d*) Discussion au *Congrès de Blois* 1927, à propos de l'automatisme mental.

MONTASSUT et CÉNAC. — (*a*) Désagrégation de la personnalité au cours d'un délire d'influence chez une dégénérée. *Soc. clin. de méd. ment.*, juin 1924.

MOURGUE. — (*a*) Evolution des théories sur l'hallucination. *Thèse* 1919.

NAYRAC. — (*a*) L'automatisme mental. *Rapp. au Congr. de Blois* 1927.

PETIT. — (*a*) Essai sur une variété de pseudo-hallucinations. Les auto-représentations aperceptives. *Thèse de Bordeaux* 1913.

QUERCY. — (*a*) Exagérations des hallucinés. Sur le diagnostic et la fréquence des hallucinations auditives verbales. *Soc. méd.psychol.* avr. 1920, *Enc.* mai 1920

(*b*) Remarques sur une théorie bergsonienne de l'hallucination. *Ann. méd.-psychol.* oct. 1925.

RÉGIS et HESNARD. — (*a*) La psychoanalyse des névroses et des psychoses. *Alcan* 1922.

REVAUT D'ALLONNES. — (*a*) La polyphrénie. *Ann. méd.-psych.* oct. 1923.

(*b*) Psychoses verbo-motrice à trois phases cyclothymiques. *Ann. méd.psychol.* janv. 1924.

(*c*) Le vol de la pensée. *Enc.* févr. 1924.

(*d*) La polyphrénie. *Journ. de psychol. norm. et pathol.* 15 mai 1924.

(*e*) L'hallucination. *Ann. médic.-psychol.* janv. 1926.

(*f*) La matérialité des hallucinations.*De la Medicina Argentina,* año VI, numéro 62. 1927.

RIBOT. — (*a*) Problèmes de psychologie affective. *Alcan* 1916.

(*b*) Les maladies de la personnalité. *Alcan* 1924.

DE SAUSSURE. — (*a*) In *Rev. Fr. Psychanalyse,* novembre 1927, numéro 2.

SÉGLAS. — (*a*) Leçons cliniques, 1895.

SÉGLAS et BARAT. — (*b*) Un cas de délire d'influence. *Ann. Méd.-psych.* août-sept. 1913.

SÉGLAS. — (*c*) Hallucinations psychiques et pseudo-hallucinations verbales. *Journ. de psych. norm. et path.,* juillet-août 1914, p. 305.

SÉRIEUX et CAPGRAS. — (*a*) Les folies raisonnantes. *Alcan* 1909.

SÉRIEUX et LIBERT. — (*b*) Des psychoses interprétatives aiguës symptomatiques. *Rapp. au Congr. des aliénés de Gand,* août 1913.

Mlle SERIN. — (*a*) Contribution à l'étude des formes paranoïdes de la paralysie générale. *Thèse Paris* 1926.

SOLLIER et COURBON. — (*a*) Pratique sémiologique des maladies mentales, *Masson.*

SONN. — (*a*) Des hallucinations visuelles dans les délires hallucinatoires chroniques. *Thèse Paris,* 1925.

TAINE. — (*a*) De l'intelligence.

TARGOWLA. — (*a*) Les psychoses syphilitiques. *Ann de méd.* septembre 1923.

TARGOWLA, LAMACHE et DAUSSY. — (*b*) Sur l'intuition délirante. Sa signification. *Soc. méd.-psych. déc.* 1926

TARGOWLA et PICARD. — (*c*) Hallucinations visuelles élémentaires et conscientes dans un cas de décollement

rétinien ; intégration secondaire dans un système délirant. — Le syndrome hallucinatoire du décollement de la rétine. *Soc. méd.-psych., Ann.* fév. 1928.

TOULOUSE et MIGNARD. — (*a*) Théorie confusionnelle et auto-conduction. *Ann méd.-psych.*, juin-juillet 1914.

TOULOUSE, MIGNARD et JUQUELIER. — (*a*) Principe d'une méthode d'examen des aliénés, plus spécialement dans les cas de confusion et de démence. *Soc. méd.-psych.*, mai 1920.

VALENCE. — (*a*) Contribution à l'étude des états interprétatifs (en dehors du délire d'interprétation). *Thèse de Paris*, 1927.

VEILLET. — (*a*) Le délire de la folie d'autrui. *Enc.* avril 1927.

VERMEYLEN. — (*a*) Discussion au *Congr. de Blois* 1927, à propos de l'automatisme mental.

---

Imprimerie « LES PRESSES MODERNES », 45, rue de Maubeuge, Paris
Ateliers à Troyes (Aube)